

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

Verônica Wermelinger Costa Nonato

DISPUTAS, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO
COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO

Rio de Janeiro

2022

Verônica Wermelinger Costa Nonato

DISPUTAS, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO
COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Grasielle Nespoli

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

N812d Nonato, Verônica Wermelinger Costa
Disputas, contradições e desafios para a
construção de um projeto de educação permanente
no Hospital Federal de Bonsucesso comprometido
com a transformação do trabalho / Verônica
Wermelinger Costa Nonato. - Rio de Janeiro, 2022.
154 f.

Orientadora: Grasielle Nespoli

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2022.

1. Educação Continuada. 2. Trabalho. 3. Saúde.
4. Política Nacional de Educação Permanente em
Saúde. I. Nespoli, Grasielle. II. Título.

CDD 370.11

Verônica Wermelinger Costa Nonato

DISPUTAS, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO
COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO

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

Aprovada em 15/07/2022

BANCA EXAMINADORA

Dra. Grasielle Nespoli (Fiocruz/EPSJV)

Dra. Monica Vieira (Fiocruz/EPSJV)

Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Fiocruz/IFF)

*Dedico este trabalho à minha mãe, Eva,
e à minha avó, Maria, meus maiores exemplos
de força, amor e resiliência.*

*A minha vida,
os meus princípios e todas as conquistas
que obtive até hoje devo a elas.*

Gratidão e amor eternos!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus** por me permitir realizar mais este sonho. Por infinitas vezes pensei em desistir do mestrado diante das dificuldades de cursá-lo em formato remoto, devido à pandemia da COVID-19, e ainda ter que conciliá-lo com os desafios do trabalho. A fé em Deus foi fundamental para não me deixar esmorecer e conseguir concluir mais essa etapa. Mais uma vez, gratidão a Deus pelo seu infinito amor e pelas bênçãos já alcançadas.

Ao meu esposo, **Affonso**, por acreditar nos meus sonhos e me dar tanto apoio. Sua paciência e companheirismo foram primordiais, nas inúmeras vezes em que a necessidade de levar até o fim este trabalho atravessou o espaço de felicidade que procuramos construir no cotidiano.

A minha irmã, **Marcela**, e ao meu sobrinho querido, **Bernardo**, por me proporcionarem momentos de alegria e leveza, fazendo-me deixar de lado, por alguns poucos momentos, as responsabilidades do dia a dia no decorrer desse processo.

A **Nina**, minha gatinha, por todo amor e doação e por ser minha companhia em todos os momentos de estudo e de aula, inclusive nas madrugadas.

Aos amigos do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem do HFB e da Comissão de Curativos, **Cassiana, Maria Cristina, Patrícia, Bruno, Aline, Elisabeth, Simone, Ana**, por todo apoio, amizade, incentivos e por segurarem as “pontas” no serviço durante o meu período de licença capacitação. Admiro muito cada um de vocês e me sinto grata por fazer parte desta equipe tão comprometida!

Aos demais companheiros de trabalho do HFB, em especial, **Elisa, José Antônio, Adília, Márcia, Adriana, Elaine, Juliana, Marcela, Letícia, Cristiane, Jorge, Cíntia, Marília e Cristina** pelos incentivos e por estarem sempre dispostos a me ajudar quando precisava de algum documento, informação ou orientação. A dedicação e o trabalho comprometido de vocês fazem toda diferença no HFB.

As amigas enfermeiras, **Camila, Patrícia, Cassiana e Maria Cristina** por terem me ajudado e apoiado desde que decidi me candidatar ao mestrado. Agradeço imensamente por me auxiliarem na elaboração do projeto, pela leitura atenta deste, pelos conselhos e por acreditarem que eu seria capaz de dar conta deste grande desafio. Gratidão e admiração enorme por vocês.

Aos colegas de trabalho que aceitaram participar como **entrevistados** nesta pesquisa. A participação de vocês e a troca que tivemos durante a pesquisa de campo foi fundamental para a concretização deste estudo e espero que ele, de alguma maneira, contribua para o avanço das reflexões sobre a educação permanente no HFB.

Ao **Ministério da Saúde**, à **Direção Geral** e ao **Comitê de Ética em Pesquisa do HFB** por possibilitarem a realização deste estudo, que muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao **Dr. Thyago Azevedo** pela ajuda fundamental no período em que enfrentei uma crise de ansiedade no decorrer desse processo. Sua escuta atenta e recomendações foram muito importantes para que eu pudesse superar meus medos e inseguranças. Me sinto mais fortalecida hoje! Gratidão!

Aos **colegas do mestrado da turma 2020** pelas trocas nas aulas, pelas dificuldades, emoções e conquistas vivenciadas ao longo desse período tão desafiador que foi cursar o mestrado no contexto de uma pandemia. Em especial, aos amigos do meu grupo de estudos, **Clara, Isabella, Veronica Alexandrino, André e Arthur** por toda parceria, conversas, risadas, momentos de trocas e também de desespero e por todos os trabalhos realizados em conjunto. Contar com o apoio constante e o comprometimento deste grupo guerreiro, apelidado carinhosamente de “G6”, foi primordial para que eu conseguisse chegar ao final desta etapa. Levarei vocês no coração! Gratidão!

A **Coordenação Geral da Pós-Graduação da EPSJV** e a **todos os docentes** do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde. Aos primeiros por dar todo apoio para que nós, mestrandos da turma 2020, conseguíssemos chegar ao final deste processo e aos segundos pela socialização dos saberes com tanto afinco e competência, mesmo diante das dificuldades das aulas em formato remoto. Grande admiração e gratidão a todos os docentes da EPSJV que estiveram conosco neste percurso.

Às professoras doutoras, **Mônica Vieira e Tatiana Wargas**, que aceitaram compor a minha banca de defesa sempre com muita competência e dedicação. Suas contribuições foram essenciais para o enriquecimento desta dissertação. Gratidão!

A minha querida orientadora, **Prof^a Grasielle Nespoli**, por seu brilhantismo em conduzir todo o processo de orientação, por acreditar na minha capacidade e me incentivar em todos os momentos. Você foi imprescindível na construção deste estudo e, por isso, essa conquista é nossa! Mais do que uma orientadora, você foi uma amiga que ganhei nesse processo. Serei eternamente grata!

Finalmente, a mais importante, à minha mãe, **Eva**, a pessoa que mais admiro nesta vida e que é a minha maior incentivadora. A sua garra e força me permitiram chegar onde estou e a ser a pessoa que sou. Portanto, chegar ao final desta etapa, me dá a certeza de que todo o seu trabalho e esforço valeu a pena. Obrigada por tanto, te amo!

(...)

*A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.*

*Nesse ponto
sou abastado.*

*Palavras que me aceitam
como sou
– eu não aceito.*

*Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.*

*Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.*

*Eu penso
renovar o homem
usando borboletas...*

*(Manoel de Barros - O Apanhador de
Desperdícios)*

RESUMO

Esta dissertação, desenvolvida no âmbito da Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, teve como objetivo geral analisar as ações de educação desenvolvidas no Hospital Federal de Bonsucesso para os seus trabalhadores, buscando compreendê-las à luz da visão histórico crítica da educação permanente em saúde. Nesse sentido, buscou-se captar as disputas de concepções e práticas, contradições e desafios enfrentados na instituição para a construção de um projeto de educação permanente comprometido com a transformação do trabalho. Para tanto, foi realizado um estudo de caso, de abordagem qualitativa. Os dados empíricos foram coletados no Hospital Federal de Bonsucesso por meio de entrevistas semi-estruturadas com servidores públicos concursados, lotados há pelo menos um ano em um dos serviços responsáveis por desenvolver ações de educação para os trabalhadores de saúde da instituição. Além das entrevistas, foi utilizada também a observação de campo, visto que a pesquisadora trabalha no local estudado. No total foram entrevistados 9 trabalhadores. A subdivisão dos entrevistados foi feita da seguinte forma: 2 integrantes do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, 3 do Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa, 2 da Coordenação de Gestão de Pessoas, 1 da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e 1 do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. A análise dos dados mostrou que as dificuldades vivenciadas no HFB são muitas e estão relacionadas, em sua maioria, à precarização do trabalho em saúde no contexto do neoliberalismo. Desse modo, as penosidades do trabalho e a desvalorização profissional provocam extrema desmotivação entre os trabalhadores, o que leva a uma baixa adesão destes às ações educativas propostas na instituição. Diante desse contexto, defende-se que tais ações estejam ancoradas nas propostas de educação permanente em saúde de modo que façam sentido para os trabalhadores e que propiciem diálogos críticos sobre os processos de trabalho e as suas necessidades de mudança. Acredita-se que o caminho para a mudança seja por meio da construção de um projeto de educação permanente no HFB comprometido com a transformação do trabalho que, para além da questão meramente técnica, possibilite reflexões sobre as determinações históricas, econômicas, culturais e ideológicas que envolvem o trabalho no SUS, a fim de conscientizar os trabalhadores para a importância da luta coletiva por melhores condições de trabalho e também de vida.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Educação Continuada em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Trabalho em Saúde. Hospital Federal de Bonsucesso.

ABSTRACT

This dissertation, developed within the scope of the Post-Graduation in Professional Education in Health at the Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, had the general objective of analyzing the educational actions developed at the Federal Hospital of Bonsucesso for its workers, seeking to understand them in light of the critical historical view of permanent education in health. In this sense, we sought to capture the disputes of conceptions and practices, contradictions and challenges faced in the institution for the construction of a permanent education project committed to the transformation of work. For that, study case guided by a qualitative epistemology. Empirical data were collected at the Hospital Federal de Bonsucesso through semi-structured interviews with public servants who had been employed for at least one year in one of the responsible services for developing education actions for the institution's health workers. In addition to the interviews, field observation was also used, since the researcher works in the studied place. In total, 9 workers were interviewed. The interviewees were subdivided as follows: 2 members from the Continuing Education in Nursing Service, 3 from the Center for Improvement and Research Studies, 2 from the People Management Coordination, 1 from the Hospital Infection Control Commission and 1 from the Center for Quality and Patient Safety. Data analysis showed that the difficulties experienced at the HFB are many and are mostly related to the precariousness of health work in the context of neoliberalism. In this way, the hardships of work and the professional devaluation cause extreme demotivation among workers, which leads to their low adherence to the educational actions proposed in the institution. In this context, it is argued that such actions are anchored in the proposals for permanent education in critical health, so that they make sense for workers and that they provide dialogues about work processes and their needs for change. It is believed that the path to change is through the construction of a permanent health education project at the HFB committed to the transformation of work that, beyond the merely technical issue, enables reflections on the historical, economic, cultural and ideological determinations that involve the work in SUS, in order to make workers aware of the importance of the collective struggle for better working and living conditions.

Keywords: Permanent Education in Health. Continuing Health Education. National Policy on Permanent Education in Health. Health work. Federal Hospital of Bonsucesso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 Quadro Educação Continuada x Educação Permanente.....	57
Ilustração 2 O Hospital Federal de Bonsucesso visto do Alto.....	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
ARDEP	Área de Desenvolvimento de Pessoas - HFB
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - HFB
CEAP	Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa - HFB
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGEP	Coordenação Geral de Pessoas
COVID-19	Doença do Coronavírus
CTU	Contratos Temporários da União
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DIMEA	Divisão Médico-Assistencial - HFB
DL	Dispensa de Licitação
EEAN	Escola de Enfermagem Ana Néri - UFRJ
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional

GM	Gabinete do Ministro
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HGB	Hospital Geral de Bonsucesso
IAPETC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NEB FGV-EAESP	Núcleo de Estudos da Burocracia da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas
NERJ	Núcleo Estadual do MS no Rio de Janeiro
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Plano Anual de Capacitação
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDP	Plano de Desenvolvimento de Pessoas
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Parceria Público-Privada
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense

UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNISUAM	Centro Universitário Augusto Motta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	23
3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUAS DIFERENTES PERSPECTIVAS	30
3.1 A EMERGÊNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E A SUA INCORPORAÇÃO NA AMÉRICA LATINA.....	30
3.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA CRÍTICA E HISTÓRICO-CRÍTICA.....	34
3.3 A CONCEPÇÃO HEGEMÔNICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO.....	37
4 OS FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)	43
4.1 A CRIAÇÃO DA SGTES NO GOVERNO LULA E A ELABORAÇÃO DA PNEPS....	46
4.2 O SEGUNDO PERÍODO DA SGTES E A REVISÃO DA PNEPS.....	54
4.3 A PNEPS E SEUS REBATIMENTOS POSTERIORES.....	62
5 O HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO: Condições, Processos de trabalho e os Sujeitos da Pesquisa	67
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO.....	67
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	83
6 AS DISPUTAS DE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS EM TORNO DA EPS, AS DIFICULDADES, AS POTENCIALIDADES E OS DESAFIOS PERCEBIDOS NO HFB	88
6.1 AS INICIATIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO HFB.....	89
6.2 AS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DE TRABALHO E AS DIFICULDADES PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO HFB.....	95
6.2.1 A escassez de recursos financeiros e a precária infra-estrutura existente no HFB para o desenvolvimento das ações de qualificação.....	96
6.2.2 Os serviços de educação do HFB, a fragmentação do trabalho e o problema de comunicação entre os serviços.....	100
6.2.3 As ações educativas realizadas HFB e sua influência na mudança da prática.....	103
6.2.4 A baixa participação dos trabalhadores assistenciais do HFB nos processos de qualificação propostos.....	105
6.2.5 Aspectos relacionados às penosidades e à precarização do trabalho no HFB.....	109
6.3 A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS.....	114
6.4 AS POTENCIALIDADES DO HFB E DAS AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS.....	121

6.5 DESAFIOS E CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO HFB COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO.....	124
6.5.1 Os desafios.....	124
6.5.2 Os caminhos para a construção de um projeto de educação permanente em saúde no HFB.....	130
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	150
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	151
APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	153
ANEXO A – A ESTRUTURA REGIMENTAL DO HFB.....	154

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi apresentada ao Programa de Mestrado da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Utilizou-se como referencial teórico a perspectiva crítica da educação permanente em saúde. Na análise efetuada acerca da temática, foi estudada a incorporação da educação permanente no campo da saúde, a legislação que a embasa, bem como as concepções que estiveram e estão em disputa em seu processo histórico de desenvolvimento.

O interesse pelo tema se deu em função da minha atuação profissional como técnica em assuntos educacionais, lotada no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), desde o ano de 2010.

Acho importante utilizar alguns breves parágrafos desta dissertação para contextualizar a minha trajetória de vida até chegada a este mestrado e o meu interesse pelo tema.

Eu me chamo Verônica, sou filha de uma empregada doméstica que, assim como milhões de brasileiras, criou duas filhas sozinha e batalhou muito para que elas pudessem estudar. Nasci na cidade de Niterói, região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, mas fui criada e estudei no município de Itaboraí, localizado também no Estado do Rio de Janeiro. Durante a minha vida escolar e acadêmica, sempre estudei em instituições públicas de ensino que fizeram a diferença na minha vida, mesmo diante das dificuldades e de todo o desmonte que a educação pública vem sofrendo ao longo dos últimos anos. Sou enormemente grata às escolas que estudei por todas as aprendizagens e experiências vividas, pelas amizades e pelos excelentes professores que tive ao longo do processo escolar.

Em relação ao processo acadêmico, no período do vestibular, decidi que queria cursar pedagogia e fui aprovada por meio do programa de cotas para alunos de escola pública. Assim, iniciei meus estudos acadêmicos, primeiramente, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), campus da Faculdade de Formação de Professores em São Gonçalo, na qual cursei 4 períodos. Depois, no final de 2004, fiz vestibular novamente, também para cursar pedagogia, e fui aprovada pelas vagas de ampla concorrência, para a UFF. Iniciei a graduação nesse local no ano de 2005. O motivo da troca de Universidade se deu pelo fato de que na UERJ, na época, a licenciatura em pedagogia possibilitava a habilitação apenas para o magistério de 1º ao 4º ano de escolaridade do ensino fundamental e na UFF a licenciatura em pedagogia dava direito a todas as habilitações, por isso, optei por concluir meus estudos nesta última. Mais uma vez, ao longo dessa trajetória, contei com professores brilhantes e extremamente comprometidos que

me auxiliaram, por meio do acesso ao conhecimento mais aprofundado, a enxergar o mundo com maior criticidade e a lutar pela educação pública.

Formei-me em 2009 e tentei alguns concursos públicos. Logo fui aprovada como Supervisora Educacional para duas prefeituras do Estado do Rio de Janeiro, e, em uma delas, atuo até hoje na função. Concomitante a isso, fiz o concurso para o Ministério da Saúde (MS) em 2010, quando fui aprovada, como dito anteriormente, para o cargo de técnica em assuntos educacionais, tendo sido lotada no Hospital Federal de Bonsucesso.

O cargo que ocupo na instituição é de nível superior e caracteriza-se por ser relativamente novo, tendo sido o primeiro e único concurso, até os dias atuais, realizado em 2010. De acordo com o edital do concurso¹, o MS prevê como atribuição do técnico em assuntos educacionais “a execução qualificada de trabalhos pedagógicos, visando à solução de problemas de educação, de orientação educacional e de educação sanitária; implementar, avaliar, coordenar e planejar o desenvolvimento de projetos pedagógicos/institucionais”. Vale dizer que poderiam concorrer às vagas do concurso portadores de diploma de graduação em nível superior em qualquer área de formação, fornecido por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). A criação desse cargo para inserção no âmbito dos hospitais federais do MS ocorreu em 2006 e coaduna os projetos da SGETS neste período, no qual se pretendia dar uma maior centralidade às ações educativas, visando colaborar com as transformações da prática. No total, dos 14 aprovados inicialmente no referido concurso, 6 foram lotados no HFB, por este ser o maior hospital da rede federal situado no Rio de Janeiro.

Quando iniciei a minha trajetória profissional no HFB, em 2010, eu e os meus colegas fomos lotados nos serviços de educação do HFB. No início, nos sentimos perdidos em relação à execução das nossas atribuições, tendo em vista que era um cargo novo e a atuação de um técnico em assuntos educacionais era desconhecida pelos profissionais de saúde até então, ainda mais em se tratando de uma Unidade Hospitalar. Importante destacar que não passamos por nenhum curso de formação promovido pelo MS e nem pela própria instituição. Passamos apenas por uma breve entrevista com uma psicóloga da área de Recursos Humanos (RH) do HFB que, a partir da conversa e do nosso perfil, nos lotou nos serviços que precisavam de um TAE. Também não passamos por uma apresentação formal da unidade e dos serviços. Em meio a tantas dúvidas, tivemos que ir desvendando o HFB e as nossas atribuições nos setores e, até hoje, estamos nesse processo. Inclusive, vários profissionais de saúde desconhecem que existe o cargo de técnicos em assuntos educacionais na instituição.

¹ Disponível em: <<http://www.cespe.unb.br/concursos/MSADMINISTRATIVO2009/>>. Acesso em: 29 jun.2022.

Como sou pedagoga e trabalho em um serviço de educação continuada em enfermagem, juntamente com três enfermeiros e uma agente administrativa, nós procuramos trabalhar em equipe e um ajuda o outro no desenvolvimento das ações educativas do setor. No entanto, no imbricamento com a minha prática profissional no HFB, senti a necessidade de conhecer um pouco mais sobre o SUS, o trabalho em saúde, sobre os processos formativos nessa área e o seu diálogo com a educação. Infelizmente, na graduação em pedagogia não são travados esses debates. Então, na busca por esses conhecimentos, após 10 anos de formada, resolvi iniciar o mestrado, procurando dialogar com a minha prática e contribuir os serviços de educação do HFB, em especial, com o Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, a partir das reflexões que me foram oportunizadas ao longo desse processo formativo.

Desse modo, a minha pretensão com esta dissertação extrapola o anseio acadêmico pela titulação do mestrado, pois, em primeiro lugar, almejo que ela possa contribuir com o HFB, no sentido de possibilitar reflexões e trocas entre os trabalhadores sobre as ações educativas desenvolvidas e as suas necessidades de mudança, em diálogo estreito com a proposta da educação permanente em saúde crítica.

Logo, a questão principal que me motivou neste estudo foi compreender os processos educativos ofertados, analisando as disputas de concepções e práticas, contradições e desafios enfrentados no HFB, almejando colaborar com a construção de um projeto de educação permanente comprometido com a transformação do trabalho.

Parto da problematização de que na realidade vivenciada há uma predominância de capacitações que atuam mais no sentido de oferecer uma melhor instrumentalidade técnica aos trabalhadores para um melhor desempenho de suas atribuições, do que no sentido de propiciar reflexões críticas sobre o trabalho em saúde, sobre suas condições de realização no SUS e no HFB e sobre as determinações que este possui no contexto do neoliberalismo.

Por compreender a importância da educação permanente em saúde e acreditar que a realização de suas propostas pode possibilitar avanços para a formação e a prática dos trabalhadores na área da saúde, acredito que a sua implementação no âmbito do HFB pode trazer benefícios, tanto para os seus profissionais quanto para a própria instituição.

A partir da observação, possibilitada pela minha atuação profissional na instituição, foi possível constatar que, até o presente momento, a educação permanente não alcançou uma expressão significativa no cotidiano dos serviços no HFB. As entrevistas de campo relevaram que movimento com a intenção de implementar as primeiras ações de Educação Permanente na referida Unidade se deu no ano de 2005, ano seguinte da publicação da Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, por meio da participação de alguns profissionais da instituição

no Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente, iniciativa conjunta do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/MS) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Fiocruz). No entanto, tal participação e as iniciativas no âmbito institucional não foram suficientes para levar à frente a proposta no HFB.

Devido a isso, no decorrer do tempo, ocorreram processos de continuidade e descontinuidade no incentivo à realização de ações de educação permanente em saúde, tanto a nível ministerial quanto a nível institucional. Paralelamente, no movimento histórico do real, também ocorreu um enfraquecimento da própria PNEPS no Ministério da Saúde (MS) ao longo do tempo.

Apesar da educação permanente em saúde já ter sido um tema amplamente debatido no meio acadêmico, é possível notar os rebatimentos que sofreu ao longo do tempo, levando ao seu enfraquecimento no âmbito político e a perda do seu potencial inicial, ligado à Reforma Sanitária Brasileira e ao trabalho com o conceito ampliado de saúde². Por isso, acredita-se ser importante dar continuidade às discussões.

Segundo Gigante e Campos (2016, p.758-759),

permanecem como constante possibilidade de campo investigativo as formas segundo as quais as organizações de saúde têm incorporado e desenvolvido os processos de educação permanente – isto é, qual modelagem realizada, por quem, com quais objetivos; quais os caminhos percorridos pelos processos de educação permanente; qual o potencial de capilarização dos processos concretizados; e em que medida a educação permanente em saúde se mostra potente para transformar a prática do trabalho em saúde.

Desse modo, refletir sobre os processos formativos desenvolvidos no HFB, tendo como norte as propostas de uma educação permanente em saúde comprometida com a transformação do trabalho, implica discutir que lugar a instituição ocupa no SUS, que lugar é destinado à discussão sobre o trabalho e a educação permanente em saúde, quais concepções de educação estão em disputa em seu cotidiano, as dificuldades enfrentadas, as suas potencialidades e quais caminhos podem possibilitar a implementação de uma educação permanente crítica no local.

No processo de fundamentação teórica desta investigação buscou-se, partindo dos achados de pesquisa anteriores, refletir sobre algumas questões importantes sobre o tema, tais

² O conceito ampliado de saúde extrapola a noção de saúde como ausência de doenças, estando relacionado à garantia de direitos que ofereçam qualidade de vida para a população. Nas palavras de Sergio Arouca em discurso como presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o referido conceito [...].

Não é simplesmente não estar doente, é mais do que isso: é um bem-estar social, é o direito do trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo (1987, p.36).

como: Como surgiu a proposta de educação permanente? Quais concepções embasam e estão em disputa no campo da educação permanente? Como ela foi apropriada no campo da saúde? O que diz a PNEPS e quais concepções de educação apresenta? Quais mudanças históricas podem ser percebidas na referida política?

Já no processo de pesquisa de campo, em diálogo com o referencial teórico utilizado, buscou-se encontrar pistas para as seguintes indagações que me inquietavam: Como se deu a implementação da PNEPS no HFB? Quais são as ações de qualificação desenvolvidas no HFB? Que concepções e práticas pedagógicas estão presentes na prática daqueles que desenvolvem os processos de qualificação no local? As ações desenvolvidas podem ser consideradas como de educação permanente em saúde? Elas procuram interrogar as práticas dos serviços? Colaboram para que os trabalhadores, para além de sua prática, reflitam sobre as determinações macroestruturais do trabalho? Quais são as principais disputas, contradições e desafios enfrentados? Que potencialidades podem ser percebidas nas ações desenvolvidas?

Posto isso, é importante destacar que, o objetivo geral desta dissertação foi analisar as ações de educação desenvolvidas para os trabalhadores da saúde no Hospital Federal de Bonsucesso, buscando compreendê-las à luz da visão histórico-crítica da educação permanente em saúde. Seus objetivos específicos foram os seguintes:

- Recuperar a história, os conceitos e as concepções que estiveram presentes na construção do campo da educação permanente e discorrer sobre o seu processo histórico de incorporação na área da saúde, a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e de alguns estudos anteriores que abordaram sobre este tema;

- Contextualizar o Hospital Federal de Bonsucesso, resgatando sobre o seu surgimento, os serviços prestados à população e as questões vivenciadas atualmente no contexto institucional;

- Identificar as concepções e práticas pedagógicas que permeiam as ações de educação no HFB e as disputas, contradições e desafios que delas derivam, abordar sobre as iniciativas para a implementação da PNEPS e sugerir diretrizes para a construção de um projeto de educação permanente crítico e capaz de problematizar o trabalho em saúde no HFB.

Cabe salientar que o olhar para essa realidade leva em consideração que a instituição é complexa e perpassada por diversas questões históricas, políticas, sociais, econômicas, culturais e ideológicas.

Acredita-se que a relevância deste trabalho está em contribuir com o hospital em estudo, a fim de possibilitar reflexões sobre as ações de educação realizadas no local e sobre o processo

de trabalho em saúde. Assim, com um olhar a partir da perspectiva do materialismo histórico dialético, a intenção desta dissertação é contribuir com a busca de uma educação permanente em saúde comprometida com a transformação do trabalho no Hospital Federal de Bonsucesso, possibilitando análises acerca dos processos de qualificação desenvolvidos e reflexões sobre as iniciativas, experiências, erros e acertos envolvidos nesse percurso.

A tentativa foi a de possibilitar a construção de um olhar mais fino sobre as ações educativas desenvolvidas e no que é preciso avançar para que estas, de fato, propiciem aos trabalhadores reflexões sobre as condições de realização de sua prática laboral no SUS e sobre a realidade social do trabalho no âmbito do capitalismo, compreendendo-o como integrante de uma totalidade social mais ampla e que, por isso, possui determinações diversas.

A educação permanente que embasa a discussão desenvolvida neste estudo é compreendida como uma estratégia para a construção de conhecimentos na área técnico-científica, ética, sociocultural e relacional, envolvendo as questões presentes no cotidiano do trabalho (JESUS *et al.*, 2011). Sendo assim, o marco teórico se ancora na perspectiva histórica e crítica da educação permanente, vinculada à proposta contra hegemônica orientada pelo materialismo histórico dialético, por acreditar que esta pode possibilitar aos trabalhadores refletir criticamente sobre a realidade concreta do trabalho, mas também sobre as relações sociais mais amplas existentes no modo de produção capitalista e as condições necessárias à sua superação em prol da emancipação humana.

Face ao exposto, a presente dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos subdivididos da seguinte forma:

O primeiro capítulo apresenta o surgimento do conceito da educação permanente e as diferentes perspectivas por trás deste conceito.

O segundo capítulo aborda sobre a incorporação do conceito de educação permanente no campo da saúde, a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as disputas de concepções entre os dois diferentes grupos que ocuparam a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGETS), no Governo Lula, bem como as mudanças posteriores efetuadas na legislação que respalda a educação permanente em saúde.

O terceiro capítulo contextualiza o Hospital Federal de Bonsucesso, local onde a pesquisa de campo foi desenvolvida, apresentando um breve histórico sobre seu surgimento, os serviços prestados aos usuários e algumas questões vivenciadas na instituição relacionadas ao processo de trabalho em saúde, que geram rebatimentos sobre os trabalhadores.

Nesse contexto de apresentação das questões vivenciadas no HFB, destaca-se o que afirma Vecchia (2012) ao apontar que a análise do contexto histórico-social contemporâneo do

processo de trabalho em saúde não pode deixar de considerar, entre outros aspectos: a divisão técnica e social do trabalho; a desigual valoração social das diferentes trabalhados; os diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos saberes implicados e as várias racionalidades simultaneamente presentes por meio das práticas dos agentes (VECCHIA, 2012).

O quarto capítulo traz os resultados da pesquisa de campo. A partir das perguntas feitas nas entrevistas semi-estruturadas, foram organizados e apresentados os eixos temáticos, relacionando-os com o marco teórico utilizado na construção deste estudo no sentido de aprofundar as reflexões sobre as questões vivenciadas. Assim, são apresentadas as dificuldades percebidas no cotidiano do trabalho em saúde no HFB, bem como aquelas relacionadas ao desenvolvimento das ações educativas no local, as concepções de educação permanente que estão em disputa no local, as potencialidades percebidas nas ações realizadas, os principais desafios que precisam ser superados e, ainda, sugere-se alguns caminhos que podem colaborar para a construção de um projeto de educação permanente em saúde no HFB comprometido com a transformação do trabalho.

Por fim, as considerações finais trazem um breve resgate do que foi discutido ao longo dos capítulos e apresenta algumas reflexões possibilitadas pela presente pesquisa. Propõe-se ainda a retomada dos estudos acadêmicos em torno da educação permanente em saúde, visando a sua ressignificação nas instituições públicas de saúde.

2 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Para realização desta pesquisa, utilizou-se o estudo de caso, de abordagem qualitativa, por compreender que essa perspectiva de análise trabalha com o universo de significados das ações e relações humanas, servindo de subsídio para a compreensão da realidade social. Segundo Minayo (2014, p.22-23), as metodologias qualitativas são

aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Assim, a escolha por esta abordagem se deu por compreendê-la como a mais adequada para a análise das questões desta investigação, apontadas na introdução, e por permitir um entendimento mais global do *locus* da pesquisa, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB).

O HFB é considerado o maior hospital da rede pública federal do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo uma referência em serviços de saúde de média e alta complexidade para a população do Rio de Janeiro e adjacências. A instituição define como sua missão:

Promover atenção integral à Saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos (HFBnet, s.d).

Conforme expresso em sua missão, o hospital demonstra interesse no desenvolvimento de ações de formação e desenvolvimento para seus recursos humanos. Assim, neste estudo, constitui-se como objeto de análise as ações de educação voltadas para os trabalhadores de saúde da instituição, visando compreender as disputas, contradições e desafios enfrentados para a construção de um projeto de educação permanente comprometido com a transformação do trabalho no HFB.

Dentro desse enfoque qualitativo, a opção pelo estudo de caso se deu por ele possibilitar a investigação profunda do objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre este (GIL, 2008). Yin (2001, p.32) define o estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Na visão de André (2013, p.97), o estudo de caso permite

[...] o contato direto e prolongado do pesquisador com os eventos e situações investigadas, possibilita descrever ações e comportamentos, captar significados, analisar interações, compreender e interpretar linguagens, estudar representações, sem desvinculá-los do contexto e das circunstâncias especiais em que se manifestam. Assim, permitem compreender não só como surgem e se desenvolvem esses fenômenos, mas também como evoluem num dado período de tempo.

Acredita-se, desta forma, que por meio deste método foi possível “olhar” o objeto de

forma mais próxima, dialogando com os atores envolvidos nos processos educativos realizados na Unidade a fim de compreender as concepções e práticas imbricadas nesses processos. Cumpre destacar também o envolvimento real da pesquisadora com o campo investigativo, tendo em vista que este é o seu local de trabalho e a sua atuação profissional está diretamente ligada ao objeto deste estudo. Assim, o estudo de caso possibilitou uma maior reflexão também sobre a sua própria prática.

O aparato teórico-metodológico utilizado na pesquisa pautou-se no materialismo histórico dialético, por entender que este permite ao pesquisador, partir da análise das condições objetivas da realidade, para chegar a um entendimento mais amplo dos fatos e de suas contradições, buscando conhecê-lo em sua totalidade (MARX E ENGELS, 2007).

Conforme aponta Netto (2011, p.20), no método materialista histórico-dialético, desenvolvido por Marx, “o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto, - de sua estrutura e dinâmica - tal como ela é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independente das aspirações e das representações do pesquisador”.

Assim, a teoria/conhecimento é o real reproduzido e interpretado no plano ideal e esse conhecimento será tanto mais verdadeiro e correto quanto mais fiel o sujeito for ao seu objeto (NETTO, 2011). O referido autor aponta ainda que o pesquisador que se propõe a colocar em prática o método do materialismo histórico-dialético, proposto por Marx, deve realizar um caminho de ida e volta, ou seja, partir do concreto (da aparência, da forma como o objeto se apresenta na realidade) para o abstrato (para a sua expressão singular, para aqueles conceitos formulados a partir de abstrações simples sobre as particularidades do objeto).

Considera-se que a temática escolhida para esta pesquisa está relacionada aos interesses de investigação da linha de pesquisa “Concepções e Práticas na Formação dos Trabalhadores de Saúde”, vinculada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e a área institucional de pesquisa da Fiocruz “Educação e Saúde”. Esta linha de pesquisa³ busca a superação dos modelos de formação de trabalhadores em saúde restritos aos treinamentos em serviços por considerar que estes estão subordinados ao fazer imediato, pragmático. Desse modo, caracteriza-se por estudar as concepções teórico-metodológicas que embasam projetos e práticas político-pedagógicas de educação de trabalhadores na saúde, além de propor estratégias pedagógicas que facilitem a apropriação do conhecimento e possibilitem o questionamento das condições de trabalho.

Alinhado com esta perspectiva de análise, este estudo buscou observar as ações de

³ Informações obtidas no site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/linhas-de-pesquisa>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

educação desenvolvidas no hospital em estudo, baseando-se no referencial teórico crítico, de perspectiva marxista, acerca da educação permanente em saúde. Tendo em vista que as práticas não são neutras, essas ações educativas podem estar a favor tanto da reprodução da situação e da ordem vigente, perpetuando as condições cada vez mais precárias de vida e trabalho estabelecidas no capitalismo, quanto colaborar no sentido da mudança, utilizando-se de práticas alinhadas com a perspectiva de educação permanente contra-hegemônica que possibilitem aos trabalhadores da saúde do HFB problematizar suas condições de trabalho, visando transformá-las.

A educação permanente em saúde no contexto do neoliberalismo busca atender aos ditames do capital por indivíduos cada vez mais versáteis e capazes de se adaptar constantemente às exigências requeridas pelo processo produtivo no regime de acumulação flexível. Desse modo, os trabalhadores devem ser extremamente qualificados, possuindo as competências socioemocionais e operacionais necessárias para a realização de ações e funções requeridas pelo processo de trabalho, sob determinadas condições.

A discussão em torno da educação permanente, numa concepção contra-hegemônica, engloba a reflexão sobre as práticas de saúde para além da técnica, na qual são levadas em consideração as condições estruturais de sua realização. Com isso, almeja-se buscar transformações em prol dos trabalhadores tanto no âmbito do trabalho quanto no âmbito das relações socioeconômicas mais amplas.

Com relação às etapas de desenvolvimento desta pesquisa, destacam-se quatro momentos principais desenvolvidos no período de janeiro de 2021 a junho de 2022.

O primeiro consistiu na elaboração do projeto, sendo seu embasamento construído por meio do estudo acerca das concepções de educação permanente historicamente em disputa no campo da saúde. Isto foi feito a partir da seleção e revisão de referências bibliográficas clássicas que tratam do assunto. Além disso, foi realizado o resgate historiográfico acerca da construção e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), analisando as disputas de concepções e arranjos políticos envolvidos neste processo, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) durante o Governo Lula. Nesse sentido, cabe destaque para a dissertação de mestrado da autora Manuelle Maria Marques Matias, submetida à Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2016, cujo título é “Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos” (MATIAS, 2016). Como fontes primárias, foram estudadas as legislações que respaldam a Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Em especial, a Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a referida política; a Portaria GM/MS

N. 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e, a Portaria GM/MS N. 278, de 27 de fevereiro de 2014, que institui diretrizes para a Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde.

O segundo momento compreendeu a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz), instituição em que este projeto está vinculado, e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HFB, tendo em vista que o referido hospital foi coparticipante desta pesquisa. Vale salientar que foram cumpridas todas as orientações éticas para realização da pesquisa com seres humanos, considerando a integridade e autonomia destes sujeitos no desenvolvimento da pesquisa, além da especificidade da área de Ciências Humanas e Sociais e a importância da ética como pilar estratégico no âmbito do SUS, estando isso respaldado pelo seguinte arcabouço legislativo: Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) e Resolução nº 580/2018 (BRASIL, 2018).

Após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa do HFB e da EPSJV, através da Plataforma Brasil, o terceiro momento englobou a realização do trabalho de campo no referido hospital. Segundo Minayo (2012, p.623),

num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações. É muito gratificante quando ele consegue tecer uma história ou uma narrativa coletiva, da qual ressaltam vivências e experiências com suas riquezas e contradições.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: 1) observações feitas em campo pela pesquisadora, a partir da sua atuação como funcionária pública no Hospital em estudo. Esta vem realizando sua atividade profissional, nos últimos doze anos, no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem que se caracteriza por desenvolver ações de qualificação para os profissionais desta área; 2) leitura de documentos oficiais da instituição, disponibilizados pelos setores participantes da pesquisa, aos quais a pesquisadora teve acesso em razão de sua atividade laboral; 3) realização de entrevistas semi-estruturadas com um total de nove (9) trabalhadores do HFB.

Os critérios de inclusão para a escolha dos participantes da presente pesquisa foram: 1) Atuar como servidores públicos concursados no Hospital Federal de Bonsucesso; 2) Estarem lotados, há pelo menos um ano, nos serviços responsáveis por desenvolver ações de educação para os trabalhadores da saúde.

O quantitativo total de profissionais de cada setor que realiza ações de qualificação no

HFB pode ser assim discriminado: Educação Continuada em Enfermagem (5), Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa (15), Área de Desenvolvimento de Pessoas, ligada à Gestão de Pessoas (2), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (9) e Assessoria de Qualidade e Segurança (3).

Desse modo, para atender aos objetivos da pesquisa foram entrevistados um total de 09 trabalhadores, sendo: 2 (dois) enfermeiros do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, 3 (três) integrantes do Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa, dos quais um é administrador, um é enfermeiro e um é médico; 2 (dois) agentes administrativos da Coordenação de Gestão de Pessoas, 1 (um) médico da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e 1 (um) enfermeiro da Assessoria de Qualidade e Segurança.

As entrevistas foram realizadas com base em algumas questões norteadoras que contemplaram elementos relacionados ao objeto e aos objetivos da pesquisa. O roteiro de entrevista proposto, encontra-se anexado no apêndice A deste estudo.

Tais entrevistas somente foram realizadas após a leitura e assinatura, pelo participante, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁴ e do consentimento para gravação das entrevistas, quando tomaram conhecimento da pesquisa no que se refere aos seus objetivos, justificativa, riscos e benefícios.

Buscou-se garantir aos entrevistados abertura em suas colocações e a cada um dos sujeitos foi esclarecido que a participação seria livre e a desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo ao trabalho deles, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos.

Além disso, os entrevistados foram informados que a sua identificação seria preservada, a fim de garantir o anonimato e o respeito aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 580/2018 sobre pesquisas no SUS. Nesse sentido, para nomear os entrevistados foram utilizados nomes fictícios.

O convite para entrevista foi feito oralmente para os representantes dos referidos setores levando-se em consideração a sua experiência, conforme os critérios de inclusão descritos anteriormente.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial no próprio HFB, após o horário de expediente dos servidores, de forma que pudessem ficar à vontade para dialogar com a pesquisadora, sem a presença de terceiros. As entrevistas ocorreram no mês de dezembro do

⁴ O Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) encontra-se anexado no apêndice B deste projeto.

ano de 2021, conforme previsto no cronograma. Esta etapa foi essencial para a construção desta investigação e sua realização foi encarada como uma oportunidade de diálogo e troca entre os trabalhadores entrevistados e a pesquisadora sobre os processos de trabalho envolvidos na elaboração e realização das ações educativas no HFB.

No que tange aos riscos, os entrevistados foram informados que estes poderiam estar relacionados: 1) a apreensão em responder algumas perguntas e serem prejudicados no exercício de sua função; 2) a utilização de dados que pudessem identificá-los de alguma forma; e, 3) ao desconforto em emitirem opiniões pessoais em relação às ações adotadas pela sua chefia. Para minimizar tais riscos, os participantes foram comunicados do direito à interrupção da participação, ressarcimento e/ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos, garantindo o acesso aos resultados finais do trabalho e a manutenção do anonimato em relação às informações prestadas. Vale ressaltar que apenas a pesquisadora e a sua orientadora tiveram acesso a tais informações – a orientadora teve acesso aos dados transcritos a partir das entrevistas e não aos dados brutos. Cabe destacar ainda que na entrevista foi gravada apenas a voz dos participantes, via aplicativo de um celular de uso exclusivo da pesquisadora, com fins estritamente científicos. Cada entrevista teve, aproximadamente, 40 minutos de duração e a sua transcrição foi feita pela própria pesquisadora.

Os benefícios indiretos relacionados a esta pesquisa consistiram em buscar contribuir para a construção de um projeto de educação permanente no HFB comprometido com a transformação do trabalho e também colaborar para a retomada das discussões sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, resgatando algumas questões importantes que ela apresenta e que foram sendo perdidas ao longo do seu processo histórico de desenvolvimento, bem como buscando a sua atualização no que precisa ser modificada. Assim, os benefícios desta pesquisa foram exclusivamente acadêmicos, na medida em que procurou contribuir para aprofundamento dos estudos acerca da temática da educação permanente em saúde, compreendendo-a a partir da realidade social do trabalho no hospital em análise.

Os resultados deste estudo serão disponibilizados aos sujeitos entrevistados por meio do acesso destes a esta dissertação de mestrado. Uma cópia desta pesquisa também será disponibilizada para biblioteca do HFB, localizada no Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) para quem tiver interesse. Os resultados poderão ainda ser divulgados em livros e artigos científicos.

O quarto momento de desenvolvimento deste estudo, foi composto pelo tratamento e análise dos dados coletados por meio das entrevistas realizadas.

A análise dos dados foi fundamentada na hermenêutica-dialética. A técnica de análise

hermenêutico-dialética preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu contexto social e histórico, por meio da lógica dialética (MINAYO, 2014). Essa forma de análise, subdivide-se em 3 fases: 1) “Ordenação dos Dados”, nos quais serão transcritos os dados coletados; 2) “Classificação de Dados”, em que se faz uma “leitura flutuante” dos materiais das entrevistas e questionário, subdividindo este material em unidades de registro, sentido e categorização de forma coerente para interpretar e, por fim, 3) “Análise Final”, caracterizado pelo momento de tratamento dos resultados dos dados, de compreensão e interpretação de seus sentidos (MINAYO, 2014).

Assim, considerando os sentidos atribuídos pelos sujeitos em seus discursos, os elementos do seu contexto sócio-histórico, bem como as fases que constituem o procedimental de análise da hermenêutica-dialética, procurou-se extrair indícios, a partir da fala dos entrevistados, que colaborassem para a interpretação qualitativa do objeto de estudo, em diálogo com o referencial teórico escolhido para fundamentação desta pesquisa. Para tanto, procedeu-se uma leitura horizontal do conjunto dos relatos que permitiu estabelecer as relações entre os depoimentos, percebendo suas convergências e divergências. Foi esse sistema de relações que tornou possível à construção dos eixos de análises, sistematizados na escrita do capítulo sobre a pesquisa de campo que compõe esta dissertação.

Desse modo, ressalta-se que o intuito principal deste estudo foi contribuir com o HFB promovendo reflexões acerca das ações educativas realizadas, compreendendo-as a partir da realidade social do trabalho no contexto do capitalismo, bem como colaborar para a construção de um projeto de educação permanente no referido hospital comprometido com a transformação do trabalho. Face ao exposto, a ressignificação da educação permanente em saúde é proposta como um caminho possível para o desenvolvimento de processos educativos contra-hegemônicos no interior das instituições públicas de saúde.

3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUAS DIFERENTES PERSPECTIVAS

As constantes transformações provocadas pelas inovações científicas e tecnológicas da

contemporaneidade impõem que se reflita continuamente sobre a educação e as estratégias de formação profissional capazes de qualificar os trabalhadores para responder às novas demandas socioculturais, políticas e econômicas da sociedade capitalista.

Desse modo, a educação permanente emerge no século XX como uma concepção capaz de viabilizar as mudanças necessárias nas práticas profissionais, por meio da formação no e pelo trabalho. Nesse sentido, torna-se importante apresentar e discutir acerca dos principais pressupostos teórico-conceituais que ancoram a educação permanente, sendo este o principal intuito deste capítulo.

Posteriormente, no capítulo seguinte, serão realizados alguns apontamentos sobre a apropriação desses conceitos no campo da saúde, por meio do resgate historiográfico feito por estudos anteriores que abordaram sobre a construção da PNEPS nos governos Lula, bem como por meio da leitura crítica das portarias ministeriais que a respaldam, procurando identificar as concepções educativas que estiveram (e ainda estão) em disputa em torno do tema.

3.1 A EMERGÊNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E A SUA INCORPORAÇÃO NA AMÉRICA LATINA

Para compreender a trajetória de desenvolvimento da educação permanente é necessário recorrer à Pedagogia, área primeira a tratar do assunto, visando resgatar seu surgimento e significados.

De acordo com Gadotti (1992), em 1955, a Liga Francesa de Ensino elaborou um projeto de reforma do ensino, no qual o redator foi Pierre Arents, e neste documento o termo educação permanente foi citado pela primeira vez e a ele foram atribuídos os objetivos de:

Assegurar depois da escola a manutenção da instrução e da educação recebida na escola; prolongar e completar, além da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude até ao exercício da cidadania; permitir o aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades em todas as épocas da vida; facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do país e do mundo, a todos os cidadãos, quaisquer que sejam seus títulos de responsabilidades; permitir a todos usufruir do patrimônio da civilização e de seu constante enriquecimento (GADOTTI, p.60, 1992).

Nesse contexto, tornou-se interessante atrelar a educação permanente ao desenvolvimento do país. Assim, a educação permanente foi oficializada na França, pelo Ministro da Educação Nacional René Billères, para o prolongamento da escolaridade e reforma do ensino público (GADOTTI, 1992).

O desenvolvimento científico e tecnológico, facilitado a partir da Segunda Guerra Mundial, demandou dos países profundas transformações econômicas, políticas, sociais e

culturais. Nesse contexto, a educação e a cultura das massas ganham destaque, sendo compreendidas como fundamentais para propiciar o desenvolvimento econômico e diminuir a desigualdade entre as nações e os indivíduos. Refletindo sobre este período, Frigotto (2011, p.22) afirma que

Uma questão central que ocupava os dirigentes e intelectuais do sistema capitalista após a Segunda Guerra Mundial era a ampliação geopolítica do socialismo: qual seria a chave para diminuir a desigualdade entre nações e entre indivíduos? O medo que rondava era de que o socialismo pudesse se alastrar em regiões pobres. Na América Latina o temor era de que a Revolução Cubana se tornasse um caminho para outros países.

Nesse sentido, os países de maior poder econômico, principalmente os Estados Unidos da América, com a ajuda dos organismos internacionais, entre eles, o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), estabeleceram diretrizes para o desenvolvimento econômico dos países da América Latina, denominados de subdesenvolvidos devido a sua dependência econômica e industrialização tardia.

Sendo assim, inicia-se no Brasil um projeto de desenvolvimento nacional que “pressupunha ser o subdesenvolvimento uma fatalidade originária do atraso capitalista no continente e cujo remédio estaria posto na industrialização da periferia” (MARQUES, 2018, p.139) como uma maneira de consolidar o capitalismo dependente. Essa forma específica de capitalismo caracteriza-se pela inexistência da construção de um projeto de desenvolvimento nacional e pela subordinação da burguesia local em relação à burguesia dos centros capitalistas hegemônicos (CARDOSO, 1997).

Nas palavras de Ramos (2016, p.126), ocorreu no Brasil

[...] um tipo de desenvolvimento associado e subordinado ao grande capital, especialmente o norte-americano, e que se viu nos anos de 1946 a 1950; de 1955 a 1960 e que se consolidou a partir de 1964. Este levou ao ingresso do capital estrangeiro no país, principalmente sob a forma de equipamentos e técnicas, associando-se a grandes unidades de produção que pudessem absorver uma tecnologia.

É sob essa lógica que se deu o projeto desenvolvimentista no país, comandado pela CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), visando implementar reformas de base e favorecer o seu desenvolvimento econômico.

Cabe destacar que todo esse processo acarretou uma crise mundial na educação devido ao hiato existente entre a educação escolarizada e a evolução acelerada dos conhecimentos teóricos e práticos decorrente das transformações científicas e tecnológicas. Desse modo, a educação na década de 1960 será marcada pela difusão de ideias e propostas da UNESCO para os países da América Latina e Caribe, colocando-a como parte das estratégias de desenvolvimento.

A discussão sobre a educação permanente também vai aflorar neste período, alinhada à perspectiva desenvolvimentista. Assim, no final dos anos de 1960, o tema da educação permanente passa a ter grande aceitação pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), sendo incorporado às políticas educacionais.

As interpretações em torno da educação permanente fundamentam-se no princípio de que o homem se educa por toda a vida e que, por isso, necessitava passar por reciclagens e atualizações que permitissem o seu desenvolvimento profissional. Sendo assim, a educação permanente foi relacionada à educação de adultos e de trabalhadores. Por meio do projeto intitulado “Cidade Educativa”, a UNESCO dissemina a proposta da educação permanente no campo educacional. Este projeto foi assumido por vários países, sendo um deles o Brasil, que apesar de não ter nem mesmo sua cota de educação fundamental dentro dos padrões mínimos desejáveis, almejou implantar a educação para a vida toda (GADOTTI, 1992).

A ideia de educação permanente surge como contestação ao sistema educativo escolar, considerado ineficiente e insatisfatório. Se referindo a este momento, Gadotti (1992, p.92) afirma que

A expressão ‘Educação Permanente’ tem servido para identificar, frequentemente, a preocupação por uma educação fora da escola ou do sistema educacional. Ela tem sido usada para designar muitas coisas diferentes, e até opostas, como: educação de adultos, educação extraescolar, formação profissional, formação ‘supletiva’, reciclagem, educação informal, etc.[...].

Pierre Furter, um educador liberal europeu que viveu no Brasil, compreende que os modelos oficiais de educação voltados para os setores populares deveriam contemplar as seguintes ações:

1) luta contra o analfabetismo; 2) recuperação das carências escolares como uma extensão da alfabetização simples à alfabetização funcional; 3) promoção comunitária da vida social e cultural; 4) formação política para o exercício da cidadania; 5) aperfeiçoamento profissional da força de trabalho; 6) integração da educação em processos de desenvolvimento social e cultural (FURTER *apud* BRANDÃO, 1986, p.35-36).

Cabe destacar que Furter foi responsável pela introdução do tema da educação permanente na década de 1970 na América Latina, em especial no Brasil, entendendo-a como um processo contínuo de desenvolvimento individual e de vida coletiva que “se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto e que cada função assumirá qualquer que seja a situação em que nos encontramos, qualquer que seja a etapa de existência que estejamos vivendo” (FURTER, 1974, *apud* LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020, p.4).

Cabe destacar que o campo educacional neste período foi influenciado pela Teoria do Capital Humano, elaborada por alguns pensadores norte-americanos, entre eles, Theodoro Schultz, com o intuito de promover a articulação do sistema educacional com a esfera produtiva. Assim, a teoria do capital humano refere-se ao estoque de conhecimentos e habilidades úteis, sendo estas partes do investimento deliberado em educação como forma de favorecer o desenvolvimento das pessoas e o crescimento econômico e produtivo (SCHULTZ, 1967).

Dessa forma, difunde-se a ideia de que com qualificação e formação, é possível garantir melhores condições de vida e trabalho para as pessoas e, logo, um maior desenvolvimento para o país, possibilitando a diminuição das desigualdades. Nas palavras de Frigotto (2011, p.22),

[...] é sob a égide da teoria do capital humano que se traçam planos, diretrizes e estratégias educacionais, especialmente para os países de capitalismo dependente, e se afirma a ideia de que a ascensão e mobilidade social têm um caminho garantido via escolaridade.

Fazendo uma crítica à educação permanente proposta por Furter, Brandão (1986, p.45) afirma que é alheia à questão

[...] da reprodução da desigualdade no interior do sistema capitalista, e também ao papel que historicamente a educação cumpre aí, projetos de educação permanente não somente utopizavam a possibilidade de toda a vida social reorientar-se enquanto um trabalho educativo plenamente humanizador, como também imaginavam a possibilidade de universalização de um novo homem, de uma nova cultura e de um mundo novo através do poder humanizador de uma educação que envolvesse a todos, todo o tempo.

O autor afirma ainda que essas ideias foram tomadas por um otimismo pedagógico, figurando mais um movimento utópico de intelectuais humanistas com vistas ao desenvolvimento, principalmente econômico, do que se materializado em ações, visto que nenhum programa de educação permanente se concretizou na América Latina no período em que foram originadas. No entanto, sua influência pode ser notada ainda hoje em alguns programas de educação que adotam propostas “de um trabalho pedagógico contínuo, que permanentemente recicle o educando em um mundo em constante mudança, de tal modo que a educação se converta no principal agente cultural da adequação do sujeito ao seu ambiente” (BRANDÃO, 1986, p.45).

Uma outra crítica atribuída a ideia de educação permanente desenvolvida neste período é feita por Ott (1991, p.108) ao afirmar que ela

[...] foi pensada de forma genérica, para um modo idealizado, que via, no tecnicismo e nos meios de comunicação de massa, os recursos básicos para o desenvolvimento do homem e da sociedade, escamoteando a questão das classes sociais, a realidade concreta e suas contradições.

Ao fim e ao cabo, a educação permanente surge para atender as diferentes exigências de uma sociedade que primava pelo desenvolvimento tecnológico e que impõe ao homem a

necessidade de estender a ação educativa ao longo da vida e para além da escola, defendendo a necessidade de qualificação contínua e permanente para manter a sua colocação no mercado de trabalho.

3.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA CRÍTICA E HISTÓRICO-CRÍTICA

A teoria crítica de educação emerge nos anos 1980 e vai problematizar as abordagens não críticas (pedagogia tradicional, pedagogia nova e pedagogia tecnicista) apontando para a função reprodutora que a educação assume na sociedade nestas vertentes (SAVIANI, 1984).

Cabe destacar que as concepções críticas em torno da ideia de educação permanente firmam-se no materialismo histórico-dialético, que tem como referências os teóricos Karl Marx e Antonio Gramsci, bem como nas proposições da pedagogia crítica e histórico-crítica que fundamentam-se, respectivamente, nas ideias de Paulo Freire e de Dermerval Saviani.

Os autores da tradição marxista, defensores do materialismo histórico-dialético, são contrários à conformação social que a classe dominante exerce por meio da utilização dos aparelhos privados de hegemonia⁵, que atuam nos níveis político, econômico, ideológico e cultural, sendo responsáveis por produzir o consenso. A escola constitui-se como um desses aparelhos, sendo utilizada pela classe dominante para impor seus valores e visão de mundo no seio da classe dominada, apresentando-os como universais. Além disso, age também promovendo uma cisão, segundo a classe social, dos que terão conhecimentos relacionados às capacidades intelectuais (normalmente, os que detêm os meios de produção) e os conhecimentos relacionados às capacidades instrumentais (na maioria das vezes, destinada aos que vendem a sua força de trabalho no mercado).

Gramsci (1978, p.136) pontua que “a escola preocupada em satisfazer os interesses práticos do mercado foi louvada como democrática quando, na verdade, não só foi destinada a perpetuar as diferenças sociais, como ainda a cristalizá-las”. Assim, na visão desse teórico, a escola é o lugar de formação dos sujeitos para um modelo de Estado condizente com os projetos

⁵ O teórico Antônio Gramsci se dedicou a realizar um aprofundamento e reformulação do conceito de hegemonia na teoria marxista, elaborando uma compreensão ampliada do Estado e de sua atuação por meio dos chamados aparelhos privados de hegemonia, que constituem-se como “organizações nas quais se elaboram e moldam as vontades e com base nas quais as formas de dominação se difundem, generalizando modalidades de convencimento adequadas ao grupo ou fração dominante – convencimento que passa a ser, a partir de então, tarefa permanente e fundamental da burguesia para fortalecer a sua capacidade de organizar o consentimento dos dominados, interiorizando as relações e práticas sociais vigentes como necessárias e legítimas” (PRONKO & FONTES, 2012, p.392).

da classe dominante.

No entanto, esse teórico vai problematizar o processo de dominação compreendendo que ele não é linear, envolve a luta de classes que se dá numa realidade que é histórica, concebida como produto da ação humana, portanto, passível de ser modificada. Nas palavras de Pronko e Fontes (2012, p.393), “para fazer frente a tal tipo de dominação, Gramsci destaca a necessidade do avanço progressivo das forças em luta, num processo de consolidação da direção intelectual e moral do conjunto da sociedade”. Nesse contexto, o processo educativo ao se desenvolver numa realidade que é contraditória, pode estar à favor da transformação social.

Apesar das peculiaridades do contexto histórico em que Marx e Gramsci desenvolveram suas ideias, ambos se preocuparam com o desenvolvimento omnilateral dos sujeitos e de suas múltiplas potencialidades. Consideravam que a apropriação do real com suas contraditórias determinações e mediações era necessária para que o sujeito pudesse transformar a sua realidade.

Coadunando com a perspectiva do materialismo histórico-dialético, as correntes pedagógicas críticas e a histórico-críticas defendem a necessidade de se desenvolver nos homens, por meio da educação, a consciência crítica sobre a realidade na qual estão inseridos.

Na esteira desse pensamento, Paulo Freire vai dizer que a educação é permanente por ser constituidora da pessoa, fazendo parte do seu ciclo vital (educação para a vida), na medida em que compreende o homem como um ser inconcluso. De acordo com o autor,

Diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados. Têm a consciência de sua inconclusão. Aí se encontram as raízes da educação mesma, como manifestação exclusivamente humana. Isto é, na inconclusão dos homens e na consciência que dela têm. Daí que seja a educação um que-fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade (FREIRE, 1987, p.47).

Desse modo, do ponto de vista dos teóricos da pedagogia crítica e libertadora, entre eles Brandão e Freire, a educação tem caráter permanente devido ao inacabamento do homem.

Assim, a educação permanente se distingue da educação popular⁶ por ser fruto de um

⁶ A educação popular é aqui compreendida, conforme nos aponta Brandão (1986, p.42), “como um movimento de trabalho político com as classes populares através da educação. Diante de um modelo oficial de educação compensatória, a educação popular não se propõe originalmente como uma forma “mais avançada” de realizar a mesma coisa. Ela pretende ser uma retotalização de todo o projeto educativo, desde um ponto de vista popular”, buscando colaborar para que esta classe, por meio do desenvolvimento da consciência crítica, se liberte das condições de opressão a que está inserida na sociedade capitalista. Tal perspectiva está, portanto, “a serviço de um trabalho simbólico e político de transformação da ordem social dominante” (BRANDÃO, 1986, p.44). Cabe destacar que o teórico Paulo Freire é a maior referência para a educação popular no Brasil por propor um trabalho pedagógico pautado nas premissas do diálogo, da problematização da realidade, da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e do compromisso com a construção de projetos democráticos populares.

projeto europeu, caracterizando-se pelas “premissas de universalização dos direitos ao saber e de realização plena de todos os homens, através também da educação” (BRANDÃO, 1986, p.45). Nesse sentido, tais teóricos vão defender que a educação para ser permanente precisa ser “universalizante, aberta, absolutamente democrática, e precisa se constituir como um domínio do saber que, muito mais amplo do que a escola e o sistema escolar, acaba sendo o da própria cultura” (BRANDÃO, 1986, p.44).

Portanto, na visão dos referidos autores, cabe à educação propiciar aos homens a compreensão da realidade como uma construção histórica e social, possibilitando-lhes transpor explicações ingênuas por explicações críticas acerca dessa realidade, ou seja, passar de uma consciência ingênua para a consciência crítica. Desse modo, a educação crítica e libertadora, comprometida com a responsabilidade social e política, é o caminho para possibilitar que os homens analisem a sua realidade e possam transformá-la (FREIRE, 2002).

Já o teórico Dermerval Saviani (2012, p.13), conhecido como o pai da pedagogia histórico-crítica, propõe que a ação educativa se desenvolva a partir do conhecimento construído historicamente, buscando “produzir direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”. Nesse sentido, é necessário que os processos formativos tomem o trabalho como princípio educativo, conforme propõe o materialismo histórico-dialético.

A categoria trabalho exerce um papel central nessa proposta na medida em que constitui a base da vida social, possuindo uma dimensão ontológica e histórica. É o trabalho que vai diferenciar o homem dos animais. O trabalho é entendido como autoatividade, ou seja, como ação do homem sobre a natureza para se beneficiar dela e adquirir conhecimentos sobre ela, visando transformá-la. Ao transformar a natureza, o homem também transforma a si mesmo. Portanto, é pelo trabalho que o homem vai desenvolvendo a sua criatividade e vai se definindo como um ser social a partir da relação com os outros homens. Desse modo, a concepção histórico-crítica trabalha com a relação dialética do homem com a natureza, sendo a educação responsável por reproduzir essa relação, se apropriando do que já foi produzido, transmitindo às novas gerações e tornando possível a criação do novo (SAVIANI, 2007), ou seja, uma nova forma de conviver em sociedade.

De acordo com as análises de Ramos (2010), as abordagens crítica e histórico-crítica pautam-se na compreensão da construção histórica, social e política do mundo e do homem como um ser historicamente produzido. A educação, neste contexto, cabe o papel de realizar a mediação ético-política da formação humana possibilitando o desvendamento da realidade e potencializando a ação dos sujeitos para que busquem caminhos para superação das condições

de exploração e de alienação a que estão submetidos no capitalismo, transformando-as em prol da emancipação humana.

A referida autora destaca ainda que no movimento histórico e de alterações econômico-sociais promovidas pelo capitalismo, a concepção de educação permanente que ganhou maior expressão está circunscrita a uma concepção reducionista, estando relacionada à formação profissional contínua, voltada para a atualização profissional e para atender às demandas capitalistas (RAMOS, 2010).

3.3 A CONCEPÇÃO HEGEMÔNICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO

Analisando o contexto de desenvolvimento da educação permanente, Gadotti (2016, p.2) afirma que

num primeiro momento, a Educação Permanente (ou Educação ao Longo da Vida) nada mais era do que um termo novo aplicado à Educação de Adultos, principalmente no que se referia à formação profissional continuada. Depois passou por uma fase que poderíamos chamar de “utópica”, integrando toda e qualquer ação educativa e visando a uma transformação radical de todo o sistema educativo (FURTER, 1972). Finalmente, nas últimas décadas, nos países do Norte, os organismos internacionais conseguiram realizar o seu sonho de uma educação “para o desenvolvimento”.

A partir das relações capitalistas sob o neoliberalismo, do ajuste ao processo de globalização e de reestruturação produtiva, surgem mudanças na organização do trabalho e, conseqüentemente, para a educação. De acordo com Deluiz (2001, p.5),

No contexto do ideário neoliberal – de despolitização da economia, de desregulamentação do mercado financeiro, do desmonte do Estado de Bem-Estar Social e do pacto fordista – as reformas educacionais, realizada sob orientação e apoio financeiro dos organismos internacionais (Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Banco Mundial – BIRD, UNESCO, Organização Internacional do Trabalho – OIT), começam a tomar forma no Brasil nos anos 90. Há a necessidade de se articular e subordinar a produção educacional às necessidades estabelecidas pelo mercado de trabalho.

Nesse contexto, novas exigências e impasses são vivenciados pelos trabalhadores, exigindo sua adaptação à nova realidade produtiva.

Frigotto (2011), analisando o contexto do surgimento do neoliberalismo nos países capitalistas dependentes, salienta que o Consenso de Washington, ocorrido em 1989, seguindo as diretrizes do FMI e do Banco Mundial, passou a determinar uma série de medidas e ajustes para a economia desses países que tiveram impacto direto no processo de produção. Segundo ele, a partir da introdução do uso das tecnologias,

O capital já não necessita de todos diretamente e, portanto, não há lugar para a estabilidade do trabalhador. Há apenas lugar para os mais “competentes” ou os que desenvolvem, ao longo de sua vida, aquelas qualidades técnicas e psicossociais que

interessam ao mercado. Cada indivíduo tem que isoladamente negociar o seu lugar e moldar-se com a flexibilidade que o mercado necessita e pelo que necessita (FRIGOTTO, 2011, p.26).

Sendo assim, as transformações constantes na sociedade gerada pelas novas tecnologias, geram novas determinações para o trabalho e, conseqüentemente, para o desenvolvimento dos indivíduos. Sobre esse assunto, Gomes (2017, p.32) salienta que

[...] a heterogeneidade e as transformações nos processos produtivos implicarão exigências e também particulares sobre os corpos, mentes e subjetividades dos sujeitos. A depender do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das formas particulares de inserção no trabalho, haverá cobrança por diferentes graus de vigor físico, agilidade, destreza, coordenação de movimentos, atenção, cognição, percepção, entre outros.

Nesse sentido, há a necessidade de se investir permanentemente na formação individual e coletiva, pois,

[...] a sociedade hodierna requer um homem com a capacidade de aprender a navegar no mundo do saber. Flexibilidade, saber-fazer, capacidade de abstração, abertura mental, formação permanente, capacidade de trabalho individual e em equipe, autonomia individual, criatividade, habilidade de experimentação são algumas características exigidas nesta nova era (LAMPERT, 2007, p.4).

Desse modo, o ideário capitalista utiliza-se do conceito de educação permanente como forma de exigir do trabalhador o investimento em uma formação contínua, que deve perdurar ao longo de sua vida, a fim de se adaptar constantemente às novas exigências provenientes das mudanças tecnológicas e do desenvolvimento econômico e industrial.

O discurso de educação permanente veiculado pela UNESCO encontrou suas bases na Teoria do Capital Humano que traz o mito do investimento individual em educação e em formação como condição para empregabilidade, responsabilizando o próprio trabalhador pelo seu insucesso ou não enquadramento no mercado de trabalho.

Esta exigência constante de que o trabalhador adquira novos conhecimentos e o domínio sobre novas técnicas e ferramentas para serem expropriados pelo capital recaem sobre todas as áreas profissionais, tornando-se uma autêntica necessidade frente aos novos desafios que o trabalho lhe impõe. As relações de trabalho estabelecidas exigem um novo tipo de trabalhador: polivalente, versátil às diversas modificações no sistema, criativo, submetendo-se a condições constantemente mais precárias (ANTUNES, 2000).

Na tentativa de conceituar a educação permanente, Lampert (2007, p.4) afirma que esta se constitui como

[...] um conjunto de procedimentos organizativos/administrativos, pedagógicos e legais, que objetivam recriar o processo educativo no sentido de a pessoa aprender continuamente. Deste modo, todas as formas deliberativas e organizativas de aperfeiçoamento profissional/pessoal, mediante seminários, conferências, palestras, encontros, grupos de estudo e de convivência, oficinas, leituras, cursos presenciais e à distância colaboram neste sentido, porque é necessário que a pessoa esteja em

constante busca de atualização, em um processo de permanente aprendizagem.

Vale destacar que a educação permanente não é tida como um prolongamento da educação formal, mas como um aperfeiçoamento que tem como princípio favorecer a experiência pessoal.

Conforme mencionado anteriormente, para atender a necessidade de implantar a reestruturação produtiva, em razão da crise estrutural do capital na década de 1970 decorrente da crise do regime taylorista-fordista (década de 1990, nos países de capitalismo periférico), a saída encontrada foi promover ações com vistas a criar um novo industrialismo para recompor as bases de acumulação do capital, dando início no Brasil ao que se denomina de neoliberalismo. Este se desenvolve sob uma nova base científica e tecnológica.

As inovações desencadeadas pela globalização no campo tecnológico a nível mundial, em especial na área da microeletrônica e da informática, geraram a necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores para manuseio da nova maquinaria e atendimento às novas demandas ocupacionais (SOUZA, 2013).

Isso leva os organismos internacionais e os órgãos vinculados ao mundo produtivo a propor novos modelos de educação e de formação profissional que atendam às demandas do capital, solicitando o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores, capazes de produzir competências, gerar produtividade e competitividade (FRIGOTTO, 2011). É daí que surge a pedagogia das competências, exigindo dos trabalhadores investimento em formação e construção de várias competências para além do trabalho que será realizado. Exige-se dos trabalhadores, para além de capacidades cognitivas e técnicas, competências socioemocionais, entendidas como um conjunto de características subjetivas que ajustem o trabalhador ao mercado, dentro das condições estabelecidas (RAMOS, 2011).

O interesse maior do capital é promover a apropriação dos saberes dos trabalhadores “como forma de garantir as constantes melhorias que precisam ser inseridas na produção de bens e serviços para intensificar a extração de mais valia”⁷ (RAMOS, 2007, p.53).

Portanto, a educação permanente sob a ótica capitalista possui uma perspectiva pragmatista/utilitarista que visa capacitar o homem para as mudanças técnicas exigidas pela organização do trabalho, às quais deve se ajustar operacional e socioemocionalmente. Essa

⁷ A mais valia se expressa na diferença entre o valor do produto no mercado e o valor que é pago ao trabalhador sob a forma de salário. Essa diferença, não paga ao trabalhador pelo produto do seu trabalho, é expropriada pelo capitalista na forma de lucro. Nas palavras de BOTTOMORE (2001, p.361): “a extração de mais-valia é a forma específica que assume a exploração sob o capitalismo, a *diferentia specifica* do modo de produção capitalista, em que o excedente toma a forma de lucro e a exploração resulta do fato da classe trabalhadora produzir um produto líquido que pode ser vendido por mais do que ela recebe como salário”.

concepção caracteriza-se pela ausência de uma análise crítica acerca das situações de trabalho e de sua determinação social. Nesse sentido, assume a função apenas de atender as demandas do mercado de trabalho por mão de obra super qualificada.

Assim, as políticas educacionais nas reformas neoliberais vão procurar redesenhar as relações de trabalho, retomando a teoria do capital humano e exigindo profissionais melhores qualificados e conscientes de que novas necessidades de formação os acompanharão por toda a sua vida produtiva. Segundo Chinelli, Vieira e Deluiz (2013, p.28), a perspectiva ideológica que orienta tais políticas exige à

[...] autoconstrução de um tipo de trabalhador considerado adequado às novas formas de organização da produção na chamada sociedade do conhecimento, na qual o emprego assalariado cederia cada vez mais espaço a formas de inserção não assalariadas no mercado de trabalho, aí incluído o autoemprego.

Exige-se dos trabalhadores, para além do estoque de conhecimentos e habilidades técnicas, capacidades subjetivas, ou seja, competências socioemocionais, para lidar com os imprevistos que surgem no cotidiano do trabalho. Soma-se a tal concepção, às noções de empregabilidade, empreendedorismo, especialização flexível, entre outras, que impõem aos trabalhadores a capacidade de adaptação às relações inseguras e precarizadas de trabalho estabelecidas sob o neoliberalismo. Essas depositam no âmbito individual a responsabilização pelo não “enquadramento” no mercado de trabalho formal que é, cada vez mais, competitivo. Além disso, tal discurso serve de base para justificar as desigualdades de renda (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

A partir do exposto ao longo deste capítulo, pode-se dizer que o debate em torno da educação permanente confronta diferentes concepções de formação do trabalhador na sociedade de classes que estarão em disputa em torno do seu significado social.

As propostas de educação permanente pautadas na lógica do capital, pautam-se numa perspectiva utilitarista, exigindo trabalhadores cada vez mais versáteis e com diferentes competências técnicas, cognitivas e socioemocionais para atender às demandas exigidas pelo processo produtivo. Nessa perspectiva, a educação permanente é a via pela qual aos trabalhadores vão manter seus conhecimentos atualizados e adquirir as competências necessárias para manter a sua empregabilidade.

Sobre esse tema, Nóvoa (2009) expõe que a educação permanente no quadro das políticas de emprego, pautada nas noções de “qualificação do fator humano” ou “capital humano”, se tornou correlata à produtividade econômica, com forte apelo ao ideal de performance imposto pela racionalidade neoliberal” (NÓVOA, 2009, p.11).

Já a concepção de educação permanente, ancorada na pedagogia crítica e histórico-

crítica e baseada no materialismo histórico-dialético, concebe este conceito como uma ação contínua que possibilita aos trabalhadores uma reflexão mais aprofundada sobre o trabalho. Nessa abordagem, a educação permanente visa, para além de meramente implementar transformações nos processos de trabalho, possibilitar que os profissionais problematizem as condições de sua realização, percebendo que as suas determinações fazem parte das relações socioeconômicas mais amplas.

Torna-se imprescindível, então, a criação de propostas alternativas para a educação permanente que coloquem o interesse dos trabalhadores no centro da discussão, capacitando-os para uma análise crítica sobre suas condições de vida e trabalho.

Considerando que há uma contradição inerente a toda ação educativa, que engloba também os processos de educação permanente, Lampert (2007, p.11) vai afirmar que:

A educação permanente, geralmente, é uma ação educativa descontextualizada, que oferece ao homem desumanizado, objeto do processo, uma gama de perspectivas para se atualizar continuamente, com o intuito de produzir mais e, conseqüentemente, aumentar os lucros dos opressores. Esse processo esquece a essência, que é o homem, e a própria dialética do processo educativo de ler, compreender e de transformar o mundo. Por outro ângulo, o homem necessita de uma educação permanente, porque deseja se aperfeiçoar continuamente, porque jamais cessa de tornar-se homem. Daí a necessidade imperiosa de os países da América Latina e do Caribe oferecerem uma educação permanente voltada à existência, à totalidade do homem e não somente com fins utilitários e pragmáticos.

As propostas de educação permanente comprometidas com a “totalidade do homem”, como dito por Lampert, devem propiciar aos trabalhadores momentos de reflexão crítica sobre o trabalho e o sentido de sua prática, compreendendo-os dentro do contexto em que é realizado (ou seja, o seu *locus*) e levando também em consideração as determinações sociais, econômicas, culturais e ideológicas da sociedade capitalista, que neles estão presentes.

Nesse sentido, a educação permanente constitui-se como uma estratégia possível de formação crítica para os trabalhadores. Ela envolve não a transformação da prática para sua adequação à teoria ou às exigências das demandas produtivas, mas a compreensão do movimento dinâmico, dialético, existente entre a teoria e a prática e entre o pensar e o fazer. Enfim, envolve a *práxis*, como denominam os autores da tradição marxista, proporcionando aos trabalhadores ações educativas voltadas para o pensar consciente sobre o seu fazer, entendendo que a sua prática faz parte de uma totalidade social mais ampla, que possui determinações diversas. Assim, a realização de uma educação permanente comprometida ética e politicamente com os trabalhadores deve contribuir para que estes percebam a importância de disputar, tanto no âmbito micro quanto no macroeconômico, pelas transformações necessárias para a melhoria das suas condições de trabalho e de vida.

4 OS FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para melhor compreensão de como se deu o processo de incorporação do conceito de educação permanente na área da saúde, torna-se necessário analisar o contexto do surgimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), suas bases conceituais e principais proposições, as disputas presentes no seu processo de constituição, bem como as mudanças ocorridas nesta política e em seus sentidos ao longo do tempo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui suas bases estruturadas no movimento da reforma sanitária brasileira que nasceu no contexto da luta contra a ditadura civil militar, no

início da década de 1970, propondo mudanças e transformações necessárias na área da saúde, a partir de proposições alinhadas com a perspectiva da saúde coletiva⁸. Desse modo, buscava-se superar o modelo biomédico presente na área da saúde, apontando para a dimensão do cuidado integral, para a humanização e para a qualidade do atendimento aos usuários do SUS (PAIM, 2009). Além disso, nesse contexto, foi gerada a necessidade de um olhar específico para o campo da formação em saúde, a partir das discussões em torno da saúde coletiva e da reflexão sobre as práticas nos serviços. Um estudo realizado por Rezende (2013, p.16) vai mostrar que a articulação entre educação e saúde

[...] é elemento estruturante do campo da ‘Formação’, que se constituiu desde antes da criação do SUS, e que mostrou-se importante para a própria construção da reforma sanitária brasileira, realizada no final da década de 1980, e seguiu se reproduzindo diante dos inúmeros desafios que tal reforma ajudou a criar.

O movimento da reforma sanitária constitui-se como um processo de amplas mobilizações pela redemocratização. Segundo Arouca (2003), foi expressão da indignação da sociedade civil frente às aviltantes desigualdades e à mercantilização da saúde e configurou-se como uma ação política concentrada em torno de um projeto civilizatório de sociedade que compreendia a saúde como um direito universal de cidadania.

Segundo Rezende (2013, p.114),

Nas décadas de 1970 e 1980, a luta era constante: por mudanças na formação, no sistema de saúde e na própria sociedade brasileira. O novo Sistema Nacional de Saúde, da época, começava a permear os espaços institucionais e buscava alternativas para os problemas que surgiam ou permaneciam e o movimento de reforma sanitária trabalhava na perspectiva de formar quadros de profissionais para viabilizar os processos de transformação almejados.

Esse processo teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, que contou com a participação de técnicos do setor da saúde comprometidos com a implementação de mudanças no setor, além de intensa participação da sociedade organizada que foi convidada a discutir e participar. Entre as principais propostas da VIII CNS, vale citar: a saúde como direito, o financiamento setorial e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde

⁸ De acordo com Birman (2005), o campo da saúde coletiva se constituiu a partir da crítica ao universalismo naturalista do saber médico, considerando que as questões que envolvem a problemática da saúde são mais amplas e complexas do que a leitura realizada pela medicina. Nesse sentido, a discussão em torno da saúde coletiva defende que precisam ser levados em consideração também os aspectos relacionados ao plano político e social. Segundo o autor, “o reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos” (BIRMAN, 2005, p.13). Assim, os teóricos da saúde coletiva, valendo-se das propostas das ciências humanas para o campo da saúde, vão sugerir a relativização da perspectiva biologicista, propondo que seja dada ênfase à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. Além disso, suas proposições retiram do Estado a condição de instância única na gestão do poder em torno da saúde, reconhecendo “o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições” (BIRMAN, 2005, p.15). Desse modo, a saúde coletiva caracteriza-se pelo seu caráter multidisciplinar, admitindo em seu território as contribuições de variados objetos e discursos teóricos, para além do modelo naturalista da medicina.

Brasileira. Com relação aos princípios orientadores da política de recursos humanos tal conferência sugere: a capacitação e reciclagem permanentes e a formação de profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde, entre outros (BRASIL, 1986).

Devido às pressões realizadas, o movimento da reforma sanitária conseguiu alcançar alguns de seus objetivos, cabendo destaque para: a criação do SUS e a universalidade do direito à saúde, fundando uma nova concepção de saúde que se diferencia do modelo de assistência médica hospitalar curativa e de medicina preventiva (VIANA, 2000).

O SUS foi criado na Constituição Federal de 1988, ficando estabelecido no art. 196 o princípio da universalidade ao mencionar que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). As três principais diretrizes desse sistema mencionadas nessa legislação são: a descentralização, a atenção integral e a participação comunitária. Com relação à formação do pessoal, a Constituição, em seu art. 200, prevê como atribuição do SUS, entre outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei N. 8080, de 19 de setembro de 1990, afirma em seu art. 27 que é competência do SUS a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990). Vale destacar que essa pauta constituiu-se como um ponto de tensão entre o MEC (Ministério da Educação) e o MS (Ministério da Saúde) tendo em vista que, anteriormente, apenas o primeiro atuava no sentido de elaborar as medidas normativas para atender às demandas de formação da área da saúde (REZENDE, 2013).

A ideia da construção de uma portaria para orientar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde foi fruto dos debates realizados por diversos setores da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Saúde, especialmente aquelas realizadas entre as décadas de 1970 e 2000, considerando que esses espaços de participação seriam importante para efetivar a reforma sanitária brasileira e consolidar o Sistema Único de Saúde. Destaca-se, especialmente, a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que apontou proposições importantes relacionadas às mudanças na gestão da educação em saúde praticadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e também com relação à formação e desenvolvimento para o setor da saúde.

Acerca do processo de constituição do SUS e do seu arcabouço conceitual, Lazarini e Sodré, vão dizer que o SUS pode ser reconhecido como a maior reforma da área social brasileira e que embora este esteja

[...] ancorado nos pilares democráticos da universalidade, equidade e integralidade, ele sofre, desde a sua criação, com tensões advindas do paradigma neoliberal. A agenda de reformas do Estado ganhou força no Brasil no início da década de 1990, numa tentativa de responder às demandas da globalização da economia e de enfrentar a crise que se instalará (LAZARINI; SODRÉ, 2019, p.2).

Na esteira desses acontecimentos, ainda num contexto de agravamento da crise no sistema de saúde, o ano de 2003 é marcado pela eleição de um novo presidente para o Brasil. O ex-sindicalista, Luís Inácio (Lula) da Silva, foi eleito Presidente da República, sendo representante do Partido dos Trabalhadores (PT), considerado o maior partido de esquerda do país até então. Sua vitória tornou o contexto propício para a implementação de algumas ações e mudanças em diversas áreas. A este estudo interessa compreender as ações desenvolvidas no âmbito da saúde, especialmente, àquelas que culminaram na produção de algumas portarias e documentos que abordam sobre a temática da educação permanente em saúde. Importante destacar que o olhar aqui desenvolvido para estes documentos corrobora com o de Rezende (2013) em seu estudo sobre a articulação entre educação e saúde no processo de formulação das políticas, ao salientar que há

[...] uma característica importante do campo da ‘formação’ que se expressa nesse momento em que as políticas começam a ser pensadas e formuladas: a existência de distintos grupos com diferentes perspectivas dentro das instituições, tanto formadoras quanto utilizadoras dos recursos humanos; tanto ligadas à saúde individual quanto à saúde coletiva (REZENDE, 2013, p.86).

Nesse sentido, a formulação e a implementação de uma política, tal como a PNEPS, deve ser compreendida como um processo que vai revelar às concepções, às continuidades, às rupturas, os arranjos e os embates entre os diferentes grupos envolvidos nesse contexto.

4.1 A CRIAÇÃO DA SGTES NO GOVERNO LULA E A ELABORAÇÃO DA PNEPS

Nos anos de 1990 havia um forte movimento preocupado com a consolidação do SUS. No entanto, não havia, até aquele momento, a efetiva criação de uma política de recursos humanos voltada para a área da saúde. As transformações e exigências do trabalho contemporâneo trouxeram essa discussão a tona.

Assim, no contexto da saúde, ainda em 2003, no primeiro ano de mandato do Governo Lula, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS). A pessoa convidada pelo então presidente para comandar inicialmente a SGTES foi Maria Luiza Jaeger, socióloga e sanitarista, que participou da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e já havia sido secretária de saúde do Governo do Rio Grande do Sul.

A partir de uma concepção mais ampliada sobre a área de recursos humanos na reorientação dos processos de trabalho no SUS, a SGETS é implementada com a incumbência de fazer cumprir o texto constitucional referente à ordenação da formação dos trabalhadores da saúde no Brasil e colaborar para a superação de duas questões essenciais e históricas no SUS: o problema da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde e da inefetiva regulação profissional no âmbito do SUS (BRASIL, 1990).

Um estudo aprofundado realizado por Matias sobre as Políticas de Educação Permanente em Saúde nos governos Lula, aponta que com a criação da SGTES viabilizou-se

[...] pela primeira vez uma estrutura capaz de possibilitar a operacionalização de projetos político-pedagógicos para mobilizar a formação em saúde dentro do Ministério da Saúde. Compõem o esqueleto interno desta Secretaria, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Maria Luiza Jaeger leva para trabalhar consigo Ricardo Ceccim, enfermeiro sanitário, mestre em educação na saúde e ex-diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, para assumir o DEGES (2016, p.27).

Acerca desse contexto, a referida autora coloca ainda que a ocupação inicial da SGTES foi marcada pela presença de um

[...] coletivo comprometido que era contrário à normatividade das práticas de educação na saúde, apostando em uma mudança das práticas e na consolidação do SUS através da transformação dos processos de formação (MATIAS, 2016, p.38).

Desse modo, é sob a coordenação dos sanitários Maria Luiza Jaeger e Ricardo Ceccim que será iniciado o estudo e a formulação dos primeiros documentos que darão origem à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa composição da SGTES e a compreensão de seus principais atores sobre a necessidade de transformação das práticas de educação\formação dos trabalhadores da saúde, bem como das ações e serviços do SUS foi fundamental para a formulação de uma proposta de política que pretendia ser indutora de mudanças na área da saúde.

Almejava-se “a construção de perfis profissionais implicados ética e politicamente com o Sistema Único de Saúde. Para esse fim foi proposta Política Nacional Educação Permanente em Saúde” (MATIAS, 2016, p.38), por meio da Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004.

A SGTES, observando o predomínio de capacitações pouco eficazes e descontextualizadas, centradas no modelo de atenção à doença, vai propor a inversão da lógica que vinha sendo praticada, até aquele momento, por meio da proposta da educação permanente em saúde como forma de dialogar com as práticas e concepções vigentes, visando promover as transformações necessárias nos sistemas de saúde.

Nesse contexto, a educação permanente em saúde é chamada “a assumir o desafio de

constituir-se enquanto “eixo transformador”; estratégia mobilizadora de recursos e poderes estruturantes do fortalecimento do SUS” (BRASIL, 2004).

Na visão de Ceccim, a PNEPS, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), foi aprovada de maneira inédita no país a partir da passagem pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na XII Conferência Nacional de Saúde. Ainda segundo o autor, o conceito de educação permanente foi adotado para “tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (CECCIM, 2005, p.976).

Ainda segundo o autor, dentre os principais benefícios em relação à educação permanente, destacam-se:

[...] a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM, 2004, p.50).

A SGTES compreendia que os projetos de democratização das relações de trabalho e de valorização do trabalhador precisavam ser tratados transversalmente. Nesse sentido, vai propor três eixos principais a serem alcançados pela nova política, sendo eles: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço (BRASIL, 2004).

A PNEPS neste período é entendida como “política pública nacional de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no Sistema Único de Saúde” (CECCIM, 2005, p.976), pois, coloca a educação dos profissionais de saúde como ação finalística e não como atividade meio para o alcance da qualidade do trabalho. Sendo este, segundo o autor, o diferencial de novidade, configurado sob o conceito político-pedagógico da educação permanente elaborado junto às entidades educacionais, Conselhos de Saúde, movimentos sociais e representações de trabalhadores que estavam diretamente envolvidos na discussão da proposta (CECCIM, 2005).

Face ao exposto, o anexo II da Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, vai definir a educação permanente em saúde como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004).

A PNEPS, instituída pela referida portaria, propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, do ensino, da gestão setorial e do controle social em saúde, visando à

implementação dos princípios e diretrizes do SUS, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais a partir da problematização da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004, p.8). Essa integração entre ensino-serviço-gestão-controle social, foi denominado por Ceccim e Feuerwerker de quadrilátero da formação, compreendendo que a formação deve “resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.47). Desse modo, os sujeitos envolvidos no quadrilátero são chamados a refletir sobre a realidade e buscar soluções criativas para superação dos problemas de saúde.

Sendo assim, a oferta de capacitação não se definiria por necessidades individuais e nem advindas dos níveis centrais, mas a partir dos problemas vivenciados no cotidiano acerca das questões de saúde, da atenção e da organização do trabalho.

Ricardo Ceccim, ao narrar sobre a construção da educação permanente em saúde no Brasil, menciona que esta teve influência de vários movimentos e que foi resultado de múltiplas teorias, a saber: da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos e da proposta pedagógica de Paulo Freire que traria a noção de aprendizagem significativa; do Movimento Institucionalista em Educação, principalmente das contribuições de René Lourau e George Lapassade, de onde surgiria a alteração da noção de recursos humanos e os conceitos de autoanálise e autogestão; e também dos movimentos de mudanças (sem filiação) na formação de profissionais da saúde (CECCIM, 2005).

Nesse sentido, Ceccim (2004, p.50) vai destacar que a educação permanente em saúde se dá

a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e as tecnologias estabelecidas. A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar.

Propõe-se, a partir desta concepção, a aposta na lógica do trabalho vivo, da micropolítica do trabalho, mas num contexto onde buscava-se fortalecer o SUS. Desse modo, sugere-se aprendizagem significativa no trabalho, reconhecendo as experiências prévias dos trabalhadores como forma de promover a adesão deles aos processos de mudança no cotidiano (CECCIM, 2005). Coloca-se ainda a necessidade de “fortalecimento das equipes, entendidas como o âmbito em que se processam as mudanças da prática” (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p.112). Desse modo, compreende o profissional de saúde como sujeito do processo que “constrói e organiza seu próprio conhecimento; sua aprendizagem se dá no processo de trabalho, em interação com a equipe de trabalho em saúde. E o educador desempenha o papel

de mediador, visando à superação da fragmentação do saber” (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020, p.6). O educador é denominado de facilitador de aprendizagem, a quem cabe o papel de acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes (BRASIL, 2004).

Para a operacionalização prática da PNEPS, foram criados os Pólos de Educação Permanente em Saúde que eram entendidos como instâncias e dispositivos interinstitucionais e locorregionais que funcionariam como rodas de debate e de construção coletiva (CECCIM, 2005). Entre as principais responsabilidades dos Pólos, pode-se citar: identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e mobilizar a formação de gestores com a finalidade de possibilitar maior integração na rede de atenção; propor políticas e estabelecer negociações nos níveis interinstitucional e intersetorial orientadas pelos princípios do SUS; estimular a criação de políticas com vistas à formação e desenvolvimento dos docentes; 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 (DCN) para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escolas; estabelecer a pactuação e a negociação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no país (BRASIL, 2004, anexo II).

Desse modo, a PNEPS enfatiza a importância da descentralização, procurando articular e colocar em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (CECCIM, 2005). Através desse modelo de co-gestão ou gestão compartilhada, almejava-se “a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a ideia de Pólos ou Rodas” (BRASIL, 2004).

Em relação ao financiamento, a Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, menciona que os recursos seriam originados do Ministério da Saúde, após a aprovação dos projetos submetidos aos Pólos de Educação Permanente em Saúde (EPS), os recursos seriam transferidos às instituições executoras definidas na apresentação das propostas, uma vez que estes Pólos, diferentemente dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, não exerceriam função executora. Por isso houve a necessidade de se pactuar critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (BRASIL, 2004).

Conforme disposto na Portaria GM/ MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, a principal mobilização de recursos seria para implantação dos Polos de EPS. A acreditação dos projetos

apresentados a estes Pólos seria feita mediante observação a algumas orientações e diretrizes para a operacionalização da PNEPS, dispostas em anexo no documento da política. Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto poderia ter seus recursos cancelados por inadequação, mas os recursos ficariam reservados para a efetivação de pagamento até que tais projetos se adequassem às diretrizes estabelecidas pela política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Para serem acreditados, os projetos necessitariam ser pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e serem aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES), assegurando as diretrizes da ação para implementação da PNEPS. Todos os municípios do país deveriam estar vinculados a um Pólo de EPS, processo coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e pactuado locorregionalmente pela CIB (BRASIL, 2004).

Ainda sobre o primeiro grupo que ocupou a SGTES e elaborou a primeira versão da PNEPS, cabe abrir um parêntese para explicar que houve um esforço ativo desse grupo no sentido de diferenciar as suas proposições da proposta de educação permanente defendida pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) na década de 1980, por entenderem que elas eram insuficientes para dar conta da complexidade vivenciada (MATIAS, 2016).

A proposta da OPAS procurou se contrapor às práticas educacionais realizadas na saúde na década de 1970 que foi, posteriormente, denominada de educação continuada. Desse modo, a OPAS a partir de 1984 procurou forjar um novo paradigma para a educação em saúde, pautada na ideia de educação permanente, tomando como base as experiências educativas em saúde que estavam sendo desenvolvidas em alguns países da América (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993). Vieira *et al.* (2006, p.18) corroboram com estes autores ao afirmar que

O conceito de educação permanente em saúde começa a ser estruturado pela OPAS em meados da década de 1980 devido à necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que o setor iria ter que enfrentar com as transformações que vinham ocorrendo com o capitalismo.

Nesse contexto, as ações de educação continuada eram consideradas ações dispersas e mecânicas e a proposta de educação permanente defendida pela OPAS era caracterizada como uma proposta pedagógica baseada na ideia de que o trabalho se constituía como o eixo estruturador da aprendizagem (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993) e que, portanto, tal proposta daria conta de atender às novas demandas do capitalismo no que diz respeito à formação de recursos humanos para a saúde.

Matias (2016) fazendo um paralelo entre a proposta da OPAS e a PNEPS de 2004 vai dizer que elas possuem semelhanças, por exemplo, em relação à compreensão do trabalho como

espaço de aprendizagem, à necessidade de se promover a reflexão sobre a prática, à oposição às ações educativas centralizadoras, verticalizadas e descendentes e de defenderem a transformação das práticas a partir da transformação da formação. Contudo, a autora enfatiza que havia também algumas diferenças fundamentais entre elas. Em suas palavras:

Ao passo que a proposta da OPAS centrava a mudança remetendo apenas ao plano educacional, a educação permanente em saúde na proposta brasileira apareceria enquanto opção político-pedagógica em contraposição à opção didático-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009) da qual havia se constituído em suas formulações iniciais. Além do mais, a proposta da OPAS levava em consideração apenas a mudança nos processos de trabalho, portanto os trabalhadores eram os principais atores sobre os quais eram investidos os esforços de ação dessa proposta. A PNEPS de 2004 convocava para a discussão, por outro lado, a diversidade de atores presentes no processo de produção de saúde. Inventava-se (em caráter inédito) a figura simbólica do quadrilátero da formação que buscava integrar os mundos do ensino, gestão, atenção e controle social reunindo estudantes, gestores, trabalhadores e usuários para o centro do debate da educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) (MATIAS, 2016, p.49-50).

A partir do exposto, pode-se dizer que a educação permanente em saúde, na visão dos seus formuladores, se baseia na possibilidade de transformar as práticas a partir da reflexão sobre o processo de trabalho para constituição de conhecimentos e requer um envolvimento ético-político dos trabalhadores para conquistar as mudanças almeçadas, portanto, apenas a dimensão técnico-científica da formação de recursos humanos em saúde presente na proposta da OPAS não dava conta da realidade que se pretendia implementar e colocava sob os ombros do trabalhador a missão de transformar a prática.

Segundo Matias (2016, p.48), a PNEPS de 2004 vai além,

[...] seus formuladores tinham o compromisso ético-político com a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e procuravam “induzir” - através da política - e pela reflexão a partir da prática e do cotidiano do trabalho, da autoanálise e autogestão, a formação de novos sujeitos igualmente implicados ética e politicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva e também com a defesa, construção e consolidação do SUS.

Merhy (2005), em sua produção teórica, corrobora com a visão dos formuladores da PNEPS de 2004 na medida em que reconhece a importância das transformações que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, a partir da relação com o usuário e da perspectiva da integralidade do cuidado⁹, destacando tanto a dimensão micropolítica da ação como também os

⁹ Sobre a integralidade da atenção à saúde, o estudo de Matias (2016, p.55) destaca que esta “surge nos documentos da política vinculada a questões como: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde entendidos com forte capacidade de produzir impacto sobre a saúde da população e na superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde (BRASIL, 2004b)”. Ainda na análise da autora (2016, p.55), “nas produções textuais não oficiais, a integralidade era alçada à condição de eixo norteador não apenas da atenção à saúde, mas também da gestão setorial e da formação dos profissionais de saúde, como um meio de alcançar a transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas e inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem (CECCIM;

desafios desta política de trabalhar com uma “pedagogia da implicação”. Para o autor, essa proposta de educação permanente de 2004

[...] coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe. Colocar isto em análise, cobra dos dispositivos analisadores (os do quadrilátero) uma certa amarração com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo (MEHRY, 2005, p.174).

Ao analisar a trajetória dos documentos publicados pelo grupo que compôs o primeiro período da SGTES, que se estendeu de janeiro de 2003 a junho de 2005, Matias (2016) identifica pelo menos quatro documentos distintos publicados pela DEGES (Departamento de Gestão da Educação) que constituem as bases da PNEPS, publicada através da Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Na visão da autora, a DEGES protagonizou a formulação das propostas ao publicar três versões de uma mesma política. Em suas palavras, a publicação de três documentos diferentes mostra que

[...] houve uma gradação na forma como os documentos apresentaram a proposta de política, inicialmente em caráter preliminar e depois, com definições de maior clareza, o que poderia em parte explicar a existência de documentos distintos. Outra explicação consiste no fato de que essa proposta de política foi submetida à apreciação de diferentes instâncias do SUS e de atores/atrizes de diferentes inserções, o que a depender, pensamos que requereu necessidade de adequação a cada uma delas (MATIAS, 2016, p.35).

Quanto ao quarto documento, publicado depois de promulgada a referida portaria, intitulado “A Educação Permanente em Saúde entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e Caminhos a percorrer”, Matias (2016, p.35) afirma que “esse documento é um encarte institucional que traz de forma didática as ideias gerais apresentadas nos documentos anteriores da política”.

Face ao exposto, pode-se dizer que o primeiro grupo que constituiu a SGTES era formado por um coletivo comprometido de pessoas advindas das várias discussões do movimento sanitário, construiu todo um aparato teórico-conceitual para respaldar a sua proposta de educação permanente em saúde. De acordo com Matias, alguns aspectos principais sintetizam as ideias que conformaram a proposta deste primeiro período da SGTES, que “foi se construindo, não ao acaso, mas pelas convicções de seus formuladores e pela incorporação de algumas contribuições teóricas” (2016, p.83). Entre esses aspectos, a autora destaca:

A convicção de que era preciso aprofundar a democracia através de arranjos de discussão e decisão mais horizontais, afirmar a autonomia e poder de mudança dos trabalhadores (tomados mais como sujeitos do que como recursos), estimular o protagonismo dos movimentos sociais e estudantis, tudo isso vimos expressos nas produções textuais percorridas nessa análise. Traz ainda as noções de transversalidade, produção de diferença, territorialização e desterritorialização,

produção de subjetividade. E ainda as contribuições de autores brasileiros como Gastão Wagner com o método da roda como modelo de co-gestão e a ideia de coletivos organizados de produção da saúde; Ruben Mattos e Roseni Pinheiro com as contribuições sobre a integralidade; Luiz Cecílio com a noção de cadeia de cuidados progressivos em saúde (MATIAS, 2016, p.83).

Todavia, este mesmo estudo realizado por Matias (2016) mostra que a construção de uma política não se dá de forma linear, é um processo e, por isso, é suscetível a continuidades e rupturas a depender das disputas, dos embates, das tensões e dos diferentes posicionamentos os grupos que estão no poder. Isso ocorreu também com a PNEPS, a partir dos dois grupos distintos que assumiram a SGTES e que operaram com lógicas distintas e, até mesmo divergentes, em torno da concepção de educação permanente em saúde. Nesse sentido, em seu trabalho, a autora analisa as “concepções presentes nos textos de cada uma das propostas de política e seus esforços estratégicos de afirmação de si e demarcação de diferenças para outrem” (MATIAS, 2016, p.22).

4.2 O SEGUNDO PERÍODO DA SGTES E A REVISÃO DA PNEPS

A SGTES, ainda no Governo Lula, foi assumida por um novo grupo de pessoas no período de julho de 2005 a 2010. Acerca desse cenário e dos fatos que desencadearam mudanças dentro da estrutura do Ministério da Saúde, deve-se destacar que, em julho de 2005,

[...] devido aos desdobramentos do que se convencionou chamar popularmente por “mensalão” - escândalo de corrupção política mediante compra de votos de parlamentares do Congresso Nacional em troca da aprovação de emendas de interesse do governo – e pela necessidade de reconstruir sua base aliada e de sustentação política, algumas mudanças foram produzidas na executiva do PT (MATIAS, 2016, p.26).

Desse modo, entre as principais mudanças realizadas, cabe destaque para a substituição do então Ministro da Saúde, Humberto Costa, por José Saraiva Felipe, indicado pelo PMDB. Tal modificação gerou alterações importantes dentro da estrutura da SGTES, a saber: Maria Luiza Jaeger é substituída por Francisco Eduardo de Campos, médico, antigo militante da Reforma Sanitária e pesquisador atuante da área de Recursos Humanos. Ele convida Célia Pierantoni, professora do Instituto de Medicina Social da UERJ para assumir o DEGES. No entanto, posteriormente, ela foi substituída por Ana Estela Haddad, odontóloga e antiga assessora do Ministério da Educação (MATIAS, 2016). Vale salientar que, nesse período, a SGTES é ocupada

[...] por um grupo de pessoas em sua maioria identificadas com a discussão de recursos humanos em saúde inscrita junto às discussões da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Um fato que marca o início desse período é a publicação da Portaria N. 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007, em caráter substitutivo à Portaria N.

198/GM/MS que instituiu a política de educação permanente em saúde de 2004 (MATIAS, 2016, p.63).

Este segundo grupo chamado para compor a SGETS teve forte influência das propostas da OPAS, formuladas no final dos anos de 1980, no sentido de orientar a descentralização e a organização dos sistemas locais de saúde como forma de responder às orientações neoliberais. Sendo assim, destaca-se a importância da educação permanente como instrumento de mudança, defendendo que era preciso transformar as práticas educativas para que elas dessem conta de responder às necessidades impostas pelos serviços de saúde (VIEIRA *et al.*, 2006).

As ideias de educação permanente difundido pela OPAS/OMS parte da

[...] crítica aos programas educacionais, que possuíam caráter estritamente acadêmico ou voltado a preocupações de grupos profissionais específicos, sem, entretanto, responder aos desafios concretos dos sistemas de saúde. Sobrerrestava a necessidade de uma profunda reorientação desses programas, pois, *assim poderiam constituir um elemento de grande utilidade para alcançar os objetivos de saúde na América Latina e no Caribe*” (OPS, 1976, p.5, *apud* CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p.103, grifos meus).

Cabe abrir um parêntese neste momento para fazer uma breve diferenciação entre os conceitos de educação continuada e educação permanente em saúde. De acordo com Cavalcanti e Guizardi (2018, p.10), “apesar das noções de educação continuada em saúde e educação permanente em saúde terem sido utilizadas de modos diversos, muitas vezes, indistintos no âmbito das publicações da OPAS entre a década de 1970 e início dos anos 2000, apenas em publicações de 2002 é encontrada a diferenciação entre esses dois conceitos nos documentos da OPAS”. As autoras destacam que, ainda hoje, nem todos os atores sociais estão convencidos da primazia de um referencial em relação ao outro (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

Educação continuada e educação permanente são dois termos comumente utilizados para se referir à educação em serviço. Embora ambos apresentem uma noção de continuidade dos processos formativos no decorrer na vida profissional, apresentam princípios metodológicos diferenciados. Sobre a educação continuada, importa destacar que:

[...] é voltada para profissionais já formados e se desenvolve em resposta às demandas de serviço e profissionais de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas, assim como de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico e tecnológico a fim de melhorar o desempenho profissional (RIBEIRO E MOTTA, 1996, *apud* GIGANTE E CAMPOS, 2016, p.754-755).

Sendo assim, objetiva o acesso aos conhecimentos necessários para o aprimoramento do exercício de uma única categoria profissional e, em geral, adota um modelo pedagógico centrado na transmissão de conhecimentos. Os temas dos processos de educação continuada são definidos previamente, de acordo com as necessidades operacionais e educacionais. Além disso, “embora traga uma contribuição importante para a formação profissional, geralmente não

cumpra a necessidade de transformação das práticas institucionais” (GIGANTE e CAMPOS, 2016, p.755).

Já a educação permanente caracteriza-se por ser multiprofissional, transversal e dialógica. Incorpora o conceito de metodologias ativas e da educação de adultos, entendidas como aquelas capazes de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática. Além disso, as propostas de educação permanente localizam em Paulo Freire uma referência para a defesa das metodologias ativas argumentando que, na educação de adultos, a aprendizagem significativa é motivada pela busca de soluções para os problemas vivenciados e pela construção coletiva de conhecimentos, tendo como base os conhecimentos adquiridos nas experiências prévias dos sujeitos (BERBEL, 2011). Além disso, na educação permanente destaca-se também a necessidade de “fortalecimento das equipes, entendidas como o âmbito em que se processam as mudanças da prática” (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p.112). Outro aspecto importante a se destacar é que na educação permanente “a responsabilidade pela educação é concernente aos sistemas de saúde e não apenas relegada à responsabilidade individual dos trabalhadores” (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p.107).

O quadro apresentado abaixo tem a finalidade de facilitar a sistematização das principais propostas relacionadas ao conceito de educação continuada e de educação permanente:

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressupostos Pedagógico	O conhecimento preside / define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<i>Modus operandi</i>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.

Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação - controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.
-----------------------	---	---

(Quadro 1 – Educação Continuada x Educação Permanente. Retirado da Proposta Política do MS/SGTES/DEGES. Fonte: BRASIL, 2004, p.14-15).

A partir do exposto, pode-se perceber que educação permanente e educação continuada são terminologias que levam a projetos diferentes de educação. Assim, mesmo que possam ser complementares, há um convite diferenciado nessas duas propostas.

Pontuada as diferenças entre esses conceitos e retomando a discussão acerca da gestão do segundo grupo que assumiu a SGETS, importa frizar que tal grupo produziu apenas um único documento intitulado “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, publicado em 2009, que ratifica a Portaria MS/GM N. 1996, de 20 de agosto de 2007, considerada a segunda versão da política, e que modificou substancialmente algumas propostas e concepções da primeira versão da PNEPS, como será abordado mais a frente, apesar de manter a nomenclatura da educação permanente em saúde.

De acordo com Matias (2016, p.64), na Ata da 176ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde que apresenta a proposta de alteração da Portaria N. 198 de 2004, as justificativas mencionadas por Ana Estela Haddad visando promover tais alterações foram baseadas nos “resultados de uma pesquisa de avaliação dos pólos de educação permanente em saúde e os novos princípios de gestão estabelecidos pelo Pacto pela Saúde e pelo Pacto de Gestão que recomendariam uma rediscussão da mesma (CNS, 2007)”.

A referida pesquisa citada por Ana Estela Haddad, intitulada “O Programa de Avaliação e Acompanhamento da PNEPS para o SUS”, foi encomendada pela DEGES à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em setembro de 2005, com o intuito de acompanhar os avanços e recuos nos objetivos básicos elencados pela PNEPS de 2004 (MATIAS, 2016).

Tal pesquisa aponta algumas críticas a PNEPS de 2004, cabendo destaque para: a atuação dos Pólos considerando haver uma falha em seu desenho institucional pelo fato deles não serem instâncias executoras, mas sim de decisão política e, portanto, aprovavam projeto mas não tinham controle sobre sua execução e avaliação. Dessa forma, para os autores, isso fazia com que os pólos fossem vistos apenas como “intermediários financeiros dos projetos” (CAMPOS *et al.*, 2006).

Dessa forma, o segundo grupo que ocupou a SGETS percebia os pólos como “espaços burocratizados e segmentados” e que, por isso, não conseguiriam dar conta de desenvolver as políticas nacionais e de caráter universal, principalmente aquelas voltadas para a Atenção Primária à Saúde (CAMPOS *et al.*, 2006).

Na visão de Matias essa avaliação (2016, p.66) “aliada ao que definia o Pacto pela Saúde foi basilar para estabelecer “alterações” à política de educação permanente em saúde”. Sobre o Pacto, publicado pela Portaria N. 399 GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, importa dizer que visou instituir novas formas de gestão do SUS, estabelecendo metas e compromissos para cada ente federado, com renovação anual. A implementação desse pacto se dava através da adesão dos três entes federados (Municípios, Estados e União) ao Termo de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2006). Além disso, uma novidade trazida pelo Pacto pela Saúde foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional. No documento, tais colegiados são identificados como locais de decisão para a “identificação de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva” (BRASIL, 2006).

A esses Colegiados de Gestão Regionais, instituídos pela Portaria N. 1996 de 2007, juntamente com as Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), caberia à função de elaborar e conduzir regionalmente a PNEPS. Para tanto, seria formulado um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, alinhado com os Planos de Saúde Estadual e Municipal da região, sendo papel da CIES oferecer “o apoio e a cooperação técnica” necessários nesta construção (BRASIL, 2007).

Fazendo uma comparação entre a PNEPS, publicada pela Portaria N. 198 de 2004, e as alterações instituídas pela Portaria N. 1996 de 2007, Matias (2016, p.68) salienta que

[...] a portaria nº 198 limitava o papel de decisão política dos gestores, ampliando a democratização dos processos decisórios e colocando-os em condição de igualdade em relação aos outros atores dos movimentos sociais, entidades estudantis, serviços de saúde, nas definições de políticas para a formação e o desenvolvimento do SUS, agora a partir da definição legal do Pacto pela Saúde, o protagonismo dos gestores voltava à cena.

Além disso, a PNEPS de 2004 trabalhava com a ideia de co-gestão na qual diferentes

atores eram chamados para participar das decisões coletivas relacionadas à educação permanente em saúde, ao passo que a Portaria N. 1996 de 2007 dava centralidade as decisões tomadas pelos Colegiados de Gestão Regional, com o protagonismo dos gestores. A CIES, definidas pela Portaria N. 1996 de 2007, como “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes” tem sua ação marcada pela participação dos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal. Cabe dizer também que, tal comissão funcionava com representações mais reduzidas, dando prioridade ao diálogo com os atores que estariam diretamente relacionados à sua execução (MATIAS, 2016). Nas palavras da autora,

É exatamente o caráter executor que anteriormente pretendia-se evitar que é visto como o desejável. Assim, os “Estudantes da área da saúde” foram identificados como um dos segmentos das Instituições de ensino e reunidos na categoria: “Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos” e os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde foram identificados na categoria: “Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS”. As escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde desapareceram dessa nova composição (MATIAS, 2016, p.72).

A Portaria N. 1996, de 2007, deixa claro também que a EPS passaria a ser uma responsabilidade tripartite, os compromissos deveriam ser feitos por todas as esferas de gestão. Assim, a portaria estabelecia a saída de atores vinculados às universidades e movimentos sociais, apontando que a CIB deveria contar com o apoio da CIES, formada por representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço nos estados; gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração ensino-serviço (BRASIL, 2007).

Instituiu-se ainda a proposição de indicadores para acompanhamento da PNEPS que, dentro do processo de Pactuação Unificada de Indicadores, também estariam integrados aos indicadores estipulados pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

No que diz respeito ao financiamento, a Portaria N. 1996 de 2007 menciona que deveria ser feito através de blocos de financiamento com transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais, do Distrito Federal e dos municípios mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, conforme preconizava o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Sobre o conceito de educação permanente em saúde expresso na referida portaria, a definição apresentada é a mesma que consta na PNEPS de 2004, sendo sua cópia fiel, como pode ser observado a seguir:

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 (BRASIL, 2007, p.7).

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 (BRASIL, 2004, p.44).

Há outros trechos também em que é possível notar a cópia de trechos da Portaria N. 198 de 2004, especialmente, na parte em que constam as “Diretrizes Operacionais para a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço” (Anexo II). Vale salientar que ao usar a mesma definição cria-se uma nuvem de fumaça que dificulta a compreensão do que muda na condução da política.

Levando-se em consideração esse aspecto isoladamente, poderia-se pensar que a Portaria N. 1996, de 2007, não sugeria uma ruptura com as bases estruturais da Portaria N. 198, de 2004. No entanto, a análise efetuada por Matias revela que, embora houvesse um esforço manifesto por esse segundo grupo que ocupou a SGETS em passar uma imagem de continuidade da PNEPS, promovendo apenas algumas “alterações” e o seu “aprimoramento”, se tivermos um olhar mais criterioso,

[...] veremos que para além dos aspectos já sinalizados de diferença no *modus operandi* da política, pela substituição do modelo dos Pólos de Educação Permanente em Saúde pelo estabelecimento de Comissões de Integração Ensino-Serviço - o que alteraria substantivamente as formas de operar e os objetivos almejados em ambas as propostas, as concepções sob as quais se assenta a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” publicadas no documento de 2007 diferem daquelas encontradas nas produções textuais oficiais e não oficiais da PNEPS de 2004, configurando duas propostas diferentes (MATIAS, 2016, p.76).

Além disso, em seu estudo, a autora expõe que a proposta de educação permanente em saúde, sugerida neste segundo período da SGETS, pautou-se na abordagem teórica do neoinstitucionalismo, defendido pela autora Davini, a qual compreende a educação permanente como parte de um movimento internacional, mais particularmente na América Latina, de renovação e mudança da concepção e das práticas de capacitação tradicionais dos trabalhadores dos serviços, iniciada nos anos de 1980 e incentivada pela OPAS e outros organismos internacionais (MATIAS, 2016 *apud* DAVINI, 2009).

Desse modo, percebe-se que, apesar do discurso utilizado pela proposta da educação permanente em saúde, reverberado pela PNEPS de 2007, apontar para a possibilidade de mudança das práticas profissionais, valendo-se de alguns conceitos copiados da Portaria N. 198 de 2004 e da apropriação de conceitos da pedagogia crítica da educação (entre eles: o de aprendizagem significativa, educação problematizadora e dialogal) e, também, dos próprios

preceitos do Movimento da Reforma Sanitária com relação ao SUS, “na maioria das vezes, parece que as mudanças preconizadas para serem realizadas pela educação nas práticas de saúde resultariam em ‘novas’ práticas de caráter predominantemente técnico e limitado” (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020, p.8).

Para Matias (2016), ao passo que o primeiro grupo que compôs a SGETS e atuou na formulação da Portaria N. 198 de 2004 tomou como base às discussões originárias da análise institucional dando centralidade a ação dos sujeitos e a sua capacidade de produzir transformações e valendo-se de conceitos, tais como: autogestão, implicação, análise coletiva das demandas e intervenção; o grupo posterior que elaborou a portaria N. 1996 de 2007 adotou as ideias do neoinstitucionalismo em sua proposta, dando ênfase ao papel das instituições e sua influência nos modos de ação dos sujeitos, suas trajetórias e conteúdos das políticas. A partir disso, pode-se notar que o segundo grupo que reformulou a PNEPS, por meio da Portaria N. 1996, de 2007, via a educação permanente como uma ferramenta de intervenção institucional que colaborasse para a implementação das mudanças almejadas. Desse modo, acreditava-se que a mudança institucional levaria a necessidade de uma efetiva mudança nas práticas (MATIAS, 2016).

Numa tentativa de sintetizar acerca das produções textuais elaboradas pelos dois grupos que estiveram à frente da SGETS nos governos Lula e das disputas para legitimação de suas ideias, Matias vai dizer em seu estudo que os formuladores da PNEPS de 2004, para além do investimento em formação como uma aposta inicial para provocar mudanças,

[...] as ambições de seus protagonistas conformaram outra coisa, uma aposta talvez na indução através da (micro) política para disparar movimentos de mudança e na convicção de que era preciso “formar” novos sujeitos. E que viram na educação permanente um meio para isso. Mas não aquela educação permanente tomada dos organismos internacionais *à la OPAS e OMS*. Acreditando na potência dos movimentos nacionais e num gesto pela afirmação da nossa brasilidade, inventou-se outra educação permanente. Educação permanente em saúde *à brasileira*, dizem alguns. Confundiram-se os conceitos, borrou-se a diferença. O que conferiu ao conceito e à proposta, talvez a possibilidade de transitar tranquilamente entre “gregos e troianos”. Mas não importa o termo, o que ele significou principalmente foi a inflexão/substituição de um modo corrente e tradicional e a “instituição” (instituinte?) de outra forma de fazer política que trazia à cena um modo de operação bem distante dos modos predominantes no SUS desde sua criação, onde os pactos sobre as transferências de recursos entre os níveis de governo eram negociados pelas comissões intergestoras, e onde com frequência os incentivos serviam como formas de indução de ações (MATIAS, 2016, p.83-84).

Já acerca do segundo grupo que ocupou a SGETS, no período de julho de 2005 a 2010, a referida autora vai mencionar que foi

[...] um movimento que se entendeu “continuador” e parte de uma longa trajetória de discussão na área de recursos humanos em saúde, alinhada à proposta da OPAS na América Latina. Apesar de tomar a ideia de levar adiante uma “Política de educação permanente em saúde” e além disso adotar a conceituação de educação permanente

em saúde da proposta anterior – atenuando as diferenças, o coletivo de trabalho dessa segunda conformação recusa a maneira de operacionalização posta em ato até então. A política é trazida para dentro do SUS, acomodada às práticas vigentes, ao modo tradicional de fazer política. A educação permanente em saúde é acondicionada às práticas de condução mais racionais da gestão da rede e de seus recursos (MATIAS, 2016, p.84).

Cumprido esclarecer ainda que em relação ao aspecto legal a política é uma só: a PNEPS foi instituída, primeiramente, através da Portaria N. 198 de 2004 e, posteriormente, foi substituída em relação ao seu modo de operacionalização pela Portaria N. 1996 de 2007, que dispõe “sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências” (BRASIL, 2007). No entanto, Matias (2016, p.86) salienta que

Tendo em vista as rupturas, muito mais que as continuidades que se fizeram em torno da condução e também das concepções da política de educação permanente em saúde originalmente proposta em 2004, processo iniciado pela substituição do coletivo de trabalho da SGTES em julho de 2005 e pela publicação da Portaria N. 1996. Acreditamos que estas rupturas foram tão significativas que configuraram uma nova política. Fato que por si só nos permite visualizar a existência já referida de duas propostas que se configuram claramente distintas em vários aspectos.

Analisando o contexto de desenvolvimento da PNEPS a partir da Portaria N. 198 de 2004, Gigante e Campos (2016) consideram que, apesar de algumas experiências terem obtido êxito na articulação entre a educação e a gestão, muitos obstáculos foram encontrados no desenvolvimento da PNEPS. Isso fez com que esta política não lograsse os objetivos esperados.

4.3 A PNEPS E SEUS REBATIMENTOS POSTERIORES

Após a passagem dos dois grupos que ocuparam a SGETS, a PNEPS continuou sofrendo rebatimentos no cenário político. No movimento de mudanças posteriores, em 2014, já no Governo da Presidente Dilma Rousseff, há uma tentativa de retomada das discussões em torno da PNEPS no âmbito, primeiramente, das instituições diretamente ligadas ao Ministério da Saúde. Nesse sentido, foi publicada a Portaria N. 278, de 27 de fevereiro de 2014, instituindo diretrizes para a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

A referida portaria pretende promover uma retomada da proposta da educação permanente em saúde nas instâncias do MS, propondo a organização de um Plano de Educação Permanente em Saúde como norteador dos processos educativos dos trabalhadores, construído coletivamente e afinado com as Secretarias e demais instâncias ligadas ao próprio MS. Além disso, caracteriza as ações de educação, no âmbito das equipes multiprofissionais, como aquelas “presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios

ou estágios, oficinas, seminários, congressos e outras, que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento” (BRASIL, 2014).

A Portaria N. 278 de 2014 vai reforçar também o conceito de educação permanente apontado pelas portarias anteriores trazendo, principalmente, aspectos relacionados ao trabalho por meio de um Plano de Educação Permanente em Saúde do MS, devendo ser este um norteador dos processos educativos, construídos coletivamente pelas secretarias e Unidades do MS nos Estados.

Dentre as principais diretrizes apontadas pela Portaria N. 278, de 27 de fevereiro de 2014, para orientar os processos de educação permanente em saúde, merecem destaque:

I - Valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde no Ministério da Saúde, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS; II - fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais; [...] IV - favorecer a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do Ministério da Saúde; V - *articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no Ministério da Saúde*; VI - fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde de forma compartilhada e participativa, no âmbito do Ministério da Saúde; [...] VIII - constituir-se como uma estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde (BRASIL, 2014, grifos meus).

Neste estudo, não será realizada uma análise aprofundada desta portaria por entender que ela não se constituiu como uma política voltada para os sistemas de saúde como um todo, pois, como dito anteriormente, foi restrita às instituições ligadas diretamente ao MS. No entanto, para o objeto de estudo desta pesquisa, sua leitura foi importante por possibilitar a compreensão de que o conceito de educação permanente vai sendo esvaziado do seu sentido original, ao incorporar diferentes conceitos e cenários de qualificação, bem como relacioná-los com a gestão de pessoas por competência. Algo que, até então, nenhuma das outras duas portarias havia mencionado. Sobre essa questão Ramos (2010) aponta que essa omissão (até mesmo nas portarias anteriores) causava uma certa estranheza, tendo em vista que a discussão de um modelo de gestão que tem como base a noção de competência vem acompanhando as políticas de formação, desde o final dos anos de 1990.

De acordo com Gigante e Campos (2016) uma das dificuldades que pode ser observada em relação à implementação da educação permanente em saúde, mesmo após a reformulação da PNEPS, é que antigas práticas relacionadas à capacitação permaneceram ocorrendo de forma descontextualizada e baseada na transmissão de conhecimentos, verificando-se, na realidade,

uma mistura de várias estratégias de formação.

A partir do que fora exposto ao longo deste capítulo, pode-se dizer que a educação permanente concebida pelo primeiro grupo que ocupou a SGTES objetivava transformar, tanto a formação como a gestão do trabalho e os próprios sistemas de saúde. Pois, conforme destacado por Ceccim e Feuerwerker (2004, p.50), essas transformações envolvem não apenas aspectos técnicos, mas também

[...] mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema.

Já o segundo período da SGTES foi ocupado por um grupo com características mais conservadoras e com uma concepção de educação permanente mais alinhadas com a proposta da OPAS para a capacitação dos recursos humanos na área da saúde. Nesse sentido, o grupo que assume esse segundo período da SGTES passa a utilizar a nomenclatura da educação permanente e seus enfoques para disseminar a sua proposta por meio da Portaria N. 1996 de 2007. Assim, apesar do segundo grupo, apontar para um outro projeto de educação permanente que não aquele desenhado pelo primeiro grupo no período de 2003 a 2005, há certa continuidade do movimento instalado, seja pelo âmbito local ou mesmo nacional, mas, com algumas contradições nas suas diretrizes. Nesse sentido, o estudo de Matias (2016) aponta que não havia na materialidade do modo de operar desse segundo grupo o compromisso com uma educação permanente crítica e empenhada com as transformações no trabalho em saúde e no próprio SUS. Ao contrário, continuou-se reproduzindo um modo de conduzir à política baseado num modelo tradicional, centralizador e capacitista.

A Portaria N. 278, de 27 de fevereiro de 2014, instituída já em outro período histórico, reforça esse caráter de capacitação ao abarcar diferentes conceitos e cenário para as práticas educativas efetuadas no âmbito do MS, além de explicitar que essas práticas devem estar relacionadas à gestão por competências. Com isso, afasta-se ainda mais do conceito de educação permanente proposto pela PNEPS de 2004 que pretendia ser instituinte de transformações no SUS.

Acredita-se, então, que as propostas de educação permanente em saúde construídas pelo primeiro grupo que ocupou a SGETS e os desafios vivenciados para elaboração e implementação da PNEPS de 2004, talvez, tenham sido a tentativa mais próxima realizada até hoje de se construir um caminho diferente para a formação dos profissionais de saúde com real impacto sobre as práticas e condizente com o projeto da saúde coletiva e com as propostas

advindas da reforma sanitária. A educação permanente defendida por este primeiro grupo visava qualificar os trabalhadores da saúde para o oferecimento de serviços de saúde no SUS voltado para a integralidade do cuidado com os pacientes e não meramente para a questão física, ou seja, para a ausência de doenças.

Nesse sentido, tal grupo defendeu o trabalho com o método da roda e com o quadrilátero da formação - ensino-serviço-gestão-controle social- (Ceccim e Feuerwerker, 2004), propiciando o diálogo entre as diferentes instâncias e a troca de experiências, bem como a tomada de decisões compartilhadas no âmbito da gestão, por meio do trabalho com os Pólos. Portanto, a PNEPS N. 198 de 2004, almejava a construção de perfis profissionais implicados ética e politicamente com o SUS. Devido a isso, a educação permanente é caracterizada, na referida portaria, como uma proposta de ação estratégica que visa 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 (BRASIL, 2004), por meio de um trabalho integrado entre os diferentes sistemas de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras.

No entanto, no movimento dialético do real e nos processos de disputas de forças envolvidos na legitimação da PNEPS, tal como fora idealizada, esbarrou em muitas resistências e, infelizmente, não logrou os objetivos inicialmente almejados por seus elaboradores. Porém, suas concepções, propostas e experiências tiveram impactos que podem ser considerados positivos para o SUS na medida em que mostraram que é possível pensar a construção de novos caminhos para a formação profissional e para os serviços de saúde. Acredita-se, assim como defendido pelo formuladores da PNEPS de 2004, que esse caminho passa pelas proposições de uma educação permanente comprometida com os trabalhadores e com os serviços de saúde.

Nesse processo, reconhece-se ainda que as instituições são os locais onde as práticas se realizam e que estas possuem uma força social que é concreta, sendo necessário trazer para o cotidiano das organizações a reflexão sobre a determinação histórica e social dos modos de produção, compreendendo a prática profissional como imbricada nesse contexto.

Conforme afirmam Leite, Pinto e Fagundes (2020, p.8), as “organizações e instituições são genuinamente contraditórias e dialéticas como espaços para o desenvolvimento de resistências e também de processos contra-hegemônicos”. Portanto, “determinadas conjunturas podem favorecer e viabilizar mudanças, a depender das necessidades, das articulações e alianças” (2020, p.9) que ocorrem no tempo histórico.

Numa perspectiva transformadora do trabalho, os sujeitos desempenham um papel ativo ao desenvolverem uma atividade sensível com a qual se reconhecem, pois, conforme afirma

Freire (1989, p.5), “a atividade humana só pode ser apreendida e racionalmente compreendida como prática transformadora”.

Assim, o desenvolvimento de educação permanente em saúde, relacionada à proposta contra-hegemônica, deve reconhecer o potencial do trabalho como princípio educativo (tal como defendido pelos autores marxistas mencionados no capítulo anterior), possibilitando o desenvolvimento de múltiplas potencialidades nos trabalhadores, entre elas, a capacidade de análise crítica da determinação social, histórica e econômica que envolve a sua prática dentro das organizações, como forma de resistir às investidas do sistema capitalista que visa a sua conformação às subsunções do capital.

É compreendendo essa dimensão que devemos retomar e rediscutir a educação permanente em saúde, resgatando algumas questões importantes trazidas por ela, principalmente pela Portaria GM/MS Nº 198, de 2004, e que foram se perdendo com as mudanças históricas e com os rebatimentos que as políticas do SUS vêm sofrendo diante do capitalismo e da intensificação das políticas neoliberais. Sendo assim, a sua atualização é essencial para colaborar com o enfrentamento crítico dos trabalhadores mediante as atuais condições de trabalho no SUS, pautadas na precarização e na superexploração do trabalho.

5 O HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO: CONDIÇÕES, PROCESSOS DE TRABALHO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

O objetivo deste capítulo é contextualizar o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB). Nesse sentido, primeiramente, apresenta-se a conjuntura de sua criação, a caracterização do local, o quantitativo de profissionais e os serviços prestados à população, bem como as condições e os processos de trabalho existentes. Posteriormente, é feita a caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO

O Hospital General do Nascimento Vargas - atual Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) e antigo Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) - foi construído no Rio de Janeiro, à época capital federal, durante a presidência do general Eurico Gaspar Dutra (1946-1950). Nesse período em que o Brasil vivia um avanço no processo de industrialização e a internacionalização de sua economia. Acerca desse cenário, Silva *et al.* (2012, p.83) afirma que

Com o fim da ditadura do Estado Novo de Vargas (1937-1945), os trabalhadores incrementaram a luta contra a rígida restrição de despesas impostas às instituições e por melhorias previdenciárias no modelo assistencial de saúde. Diante da nova conjuntura política, o governo e os dirigentes dos Institutos de Aposentadoria e Pensões se viram pressionados a atender algumas das reivindicações dos trabalhadores, visando minimizar as tensões sociais.

Assim, nas décadas de 1940 e 1950, as políticas de saúde estiveram voltadas para o atendimento das demandas de saúde dos trabalhadores que contribuía com o Instituto de

Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC). Nesse contexto, foram criados no Brasil, os chamados hospitais modernos, que eram tecnicamente mais sofisticados do que aqueles existentes até então e, por isso, exigiam também a contratação de uma mão de obra assistencial mais qualificada (VAGHETT, 1998).

Ao abordar sobre a reprodução social da saúde, Vecchia (2012, p.46) vai caracterizar o hospital moderno como “o estabelecimento central da produção de serviços médicos no modo de produção capitalista”. O autor destaca também que, nesse contexto, o hospital emerge como: o meio coletivo privilegiado de consumo de serviços médicos; funciona como organizador político-ideológico da prática médica; e, vai dispor de seu objeto de trabalho (o corpo humano doente) a fim de buscar distanciá-lo de suas determinações sociais (VECCHIA, 2012).

Assim, o processo de constituição e consolidação dos hospitais modernos é marcado pela centralidade do fazer médico. Este profissional, na divisão social e técnica do trabalho, detém o monopólio sobre os instrumentos, o objeto e as finalidades do processo de trabalho em saúde (VECCHIA, 2012). Além disso, cabe ressaltar que os hospitais na divisão social e técnica do trabalho em saúde ocupam um lugar de destaque, na medida em que sua organização está pautada na fragmentação dos saberes e ações.

Levando em consideração essas questões e o papel dos hospitais modernos no capitalismo, em 1947, diante da situação de crise da saúde no país,

[...] o Ministro do Trabalho Indústria e Comércio, Dr. Morvan Dias de Figueiredo, cumprindo ordens do presidente da República, estabeleceu um plano político, em conjunto com o presidente do IAPETC, Dr. Hilton Santos. Esse plano compreendia a construção de um grande hospital na capital federal e outros, de menor porte, nos seguintes estados: Bahia, Pernambuco, São Paulo e Rio Grande do Sul; criando, desta forma, uma rede hospitalar para os contribuintes do IAPETC (SILVA *et. al.*, 2012, p.83).

Então, no dia 31 de janeiro de 1948, foi inaugurado o Hospital General do Nascimento Vargas, atual Hospital Federal de Bonsucesso, sediado no Rio de Janeiro. O Hospital era subordinado ao IAPTEC e considerado de grande porte para os padrões da época. A fim de viabilizar o funcionamento do Hospital foram realizadas algumas alianças decisivas e estratégicas. Entre elas, Silva *et al.* (2012) destacam: a aliança política estabelecida entre o primeiro diretor do hospital, o cirurgião geral Osvaldo Correa de Araújo, e o presidente do referido instituto, Dr. Hilton Santos, e com o Governo Dutra. Contou-se também com o apoio sindical, por meio da presença dos empregados em transportes e cargas, que compareceram em massa no dia da inauguração do Hospital, bem como a aliança entre o IAPETC e Escola Ana Néri, escola de enfermagem tradicional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EAN/UFRJ), criada nos moldes da enfermagem moderna, sendo responsável pelo primeiro

corpo de enfermagem do Hospital do IAPETC. Nas palavras da autora, “as alianças estabelecidas, a contribuição da EAN e o volume de capital social em jogo foram decisivos para a inauguração do Hospital do IAPETC e para seu pleno funcionamento” (SILVA *et al.*, 2012, p.87).

Na década de 1960, com a fusão dos institutos de previdência, o HFB passou a fazer parte do então criado INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que era responsável pela saúde, arrecadação e pagamento dos aposentados. Já no final da década de 1970 até 1989 a unidade passou a ser gerida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Na década de 1990, sua estrutura foi incorporada no Ministério da Saúde, estando até a conjuntura atual inserido na rede do SUS (BRASIL, 2006).

Cabe destacar que, a partir de 2007, a unidade que anteriormente chamava-se Hospital Geral de Bonsucesso, passou a ser denominada de Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), sendo pertencente à Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro. O HFB atualmente é subordinado hierarquicamente à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

O HFB está localizado em Bonsucesso, na confluência de três importantes vias do município do Rio de Janeiro (Avenida Brasil, Linha Amarela e Linha Vermelha). Insere-se na Área Programática 3.1, onde existe a maior concentração de favelas e o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2006).

O HFB é considerado o maior hospital da rede pública federal do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, por ser um hospital geral. Ele é uma referência em serviços de saúde de média e alta complexidade, sendo um complexo hospitalar com mais de 42 mil m² de área construída. Assim, sua estrutura física é composta por seis prédios, distribuídos da seguinte forma:

- Prédio 1: Internações/ Imagem/ Emergência;
- Prédio 2: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e ao Adolescente;
- Prédio 3: Quimioterapia/ Ambulatório de Transplante Renal;
- Prédio 4: Administração;
- Prédio 5: Laboratórios/ Anatomia Patológica/ Farmácia/ Centro de Estudos, Ensino e Pesquisa;
- Prédio 6: Ambulatório.



Imagem 1: O Hospital Federal de Bonsucesso visto do alto.

Acerca dos serviços oferecidos, o site da Unidade¹⁰ menciona que,

Com perfil predominantemente cirúrgico, o HFB possui mais de 56 serviços especializados, tais como cirurgia de neurocirurgia, urologia, oftalmologia, entre outros. A atividade cirúrgica do Hospital conta com diversos procedimentos realizados por videocirurgia. A grande referência cirúrgica da Unidade são as cirurgias oncológicas. Além disso, a Unidade é referência no Sistema Único de Saúde do Estado em transplante renal e no atendimento à Gestante e ao Recém-Nascido de Alto Risco. Possui emergência obstétrica para atendimentos de mães diabéticas, hipertensas, transplantadas, com doenças hematológicas, entre outros quadros clínicos que coloquem em risco a vida da mãe e/ou do recém-nascido. Por isso, a unidade se destaca no atendimento de bebês prematuros de alto risco (principalmente os recém-nascidos abaixo de um quilo), com serviço de cuidados intensivos, UTI e UI Neonatal. O Hospital conta também com uma emergência de porta aberta, que atende pacientes clínicos e cirúrgicos. Além disso, a Unidade possui um ambulatório com mais de 86 salas e 56 especialidades, cuja marcação de consultas ocorre via sistema de regulação.

Para o atendimento a todas essas especialidades, conforme levantamento realizado no ano de 2014 constante no relatório de gestão da Unidade, ao qual tive acesso, o HFB dispunha de: 382 leitos de internação, 40 leitos de emergência, 18 salas cirúrgicas; 111 consultórios ambulatoriais, sendo 92 específicos do bloco ambulatorial e 19 organizados nos prédios 1, 2 e 3, além de possuir uma carteira de serviços complementares de apoio diagnóstico e terapêutico, distribuídos dentre os serviços de Patologia clínica, anatomia patológica, radiologia e métodos gráficos (HFB, 2014).

Ainda segundo o relatório, são competências do HFB, conforme Portaria GM N° 3.965 de 14/12/2010: Planejar, coordenar e orientar a execução de atividades de prestação de serviços; médico-assistenciais, em sistemas ambulatorial, hospitalar e de emergência; Prover os recursos

¹⁰ HFBnet/ HOSPITAL. Disponível em: <<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/>>. Acesso em 04 de mai. 2022.

diagnósticos e terapêuticos para atendimento à clientela; Promover treinamento, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos; Fomentar estudos e pesquisas, visando à ampliação de conhecimentos e a produção científica; e Estabelecer normas e padrões de atendimento e de qualidade dos serviços prestado (HFB, 2014).

No desenvolvimento de suas atribuições, o HFB conta com diversos Órgãos de Assessoria à Gestão e os Órgãos Executivos de Gestão. A estrutura hierárquica da instituição pode ser visualizada no organograma, construído em 2020, que será anexado a este estudo. Sua observação passa a ideia de que a Unidade adota uma estrutura hierárquica mais horizontalizada.

Em seu planejamento estratégico, o Hospital define como sua missão, perfil assistencial e visão de futuro o seguinte:

MISSÃO

Promover atenção integral à Saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos.

PERFIL ASSISTENCIAL

Hospital Federal de Bonsucesso com serviços terciários de referência para a região metropolitana e todo o Estado do Rio de Janeiro, emergência e maternidade de nível III, e modalidades extra-hospitalares de assistência.

VISÃO DE FUTURO

O HFB será reconhecido nacional e internacionalmente pela excelência assistencial e organizacional, pela humanização do cuidado ao paciente, pela elevada capacidade técnica e valorização de seus profissionais, por ser um centro de ensino e pesquisa e pela garantia de acesso público e democrático aos seus serviços (HFB, 2014, p.15).

Em relação aos recursos humanos, em consulta ao CNES¹¹ (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), foi possível constatar que o HFB possui um total de 2823 servidores, entre concursados e Contratos Temporários da União (CTU), dos quais: 2394 são servidores concursados da área assistencial (entre eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) e da área administrativa (agentes administrativos, secretárias, recepcionistas, administradores, entre outros). O quantitativo restante é composto por profissionais contratados via CTU.

Cabe destacar que os últimos concursos realizados pelo Ministério da Saúde para o provimento de cargos efetivos para a área assistencial e administrativa de suas Unidades, entre elas o HFB, ocorreram em 2005 e 2010, respectivamente. Portanto, levando em consideração que o último concurso assistencial foi em 2005, percebe-se que há 17 anos não há reposição de profissionais em caráter efetivo para tal área. Já para a área administrativa, totalizam-se 12 anos sem concurso para provimento de cargos em caráter efetivo. Este fato serve para dar uma noção

¹¹ A consulta ao CNES foi realizada no dia 19 de maio de 2022.

do tamanho do déficit de pessoal que o HFB vivencia.

Sobre essa questão Azevedo e Sá (2013) sinalizam que os hospitais públicos brasileiros, em épocas anteriores, viveram momentos de grande reconhecimento e distinção social por conta da sua qualidade. No entanto, nas últimas décadas, estes têm sido alvo de sucateamento e desinvestimento, principalmente em relação aos recursos humanos.

No caso do HFB, na tentativa de amenizar o déficit de recursos humanos, o que vêm sendo feito, desde o último concurso até os dias atuais, é a realização de alguns contratos temporários. Porém, esses contratos, como o próprio nome diz, possuem um prazo de validade determinado e o vínculo de trabalho é precarizado. Além disso, quando o prazo dos referidos contratos expiram, o Hospital permanece sofrendo as consequências da defasagem em seu quantitativo de profissionais, até que um novo contrato seja autorizado e efetivado pelo MS. Assim, percebe-se que essa estratégia não soluciona de fato o problema do déficit de pessoal como também caracteriza-se como um instrumento de terceirização.

Uma outra ação realizada no sentido de “tapar buracos” em relação ao déficit de pessoal que ocorre na Unidade desde 2011 foi a instituição do APH (Adicional de Plantão Hospitalar). Este foi criado pelo governo Federal através da Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009, com o objetivo suprir as necessidades fins do atendimento no sistema de saúde. O APH constitui-se como um adicional pago aos servidores (médicos e profissionais de enfermagem) que realizam plantões extras, nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais. Ou seja, esses servidores recebem um valor para realização de plantões adicionais, além da sua carga horária contratual. Cabe destacar ainda que o valor pago pela União a esses plantões é superior ao valor pago a esses mesmos profissionais, por plantão, dentro da sua carga horária contratual de trabalho. O que gera uma certa disputa entre os profissionais e, até mesmo, entre estes e as chefias, que ficam incumbidas de escolher os profissionais (dentro dos critérios elencados pela Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009) para realização do APH.

Assim, há uma grande sobrecarga de trabalho entre os profissionais, principalmente, entre os técnicos de enfermagem e enfermeiros, que são encontrados repetidamente no campo de trabalho. Isso acontece, tanto pela realização do APH para suprir a carência existente em relação ao quantitativo de profissionais assistenciais quanto pelo fato de alguns trabalhadores (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) trocarem o plantão com outros trabalhadores da mesma categoria por inúmeros motivos. Todos esses fatores revelam a intensificação do trabalho vivenciada pelos trabalhadores de saúde da Unidade que se tornou ainda mais evidente, após a instauração do APH.

Tudo isso, ocasiona um extremo desgaste físico e mental entre esses trabalhadores ou

até mesmo o seu adoecimento. Empiricamente, é possível observar que há na Unidade um grande número de afastamentos entre os profissionais por razões psiquiátricas, suicídios, doenças crônicas e redução de carga horária por motivos pessoais.

Essas questões nos levam a percepção de como as condições de precarização generalizada das políticas públicas e das condições de trabalho no contexto do capitalismo afetam, conseqüentemente, o cotidiano dos trabalhadores, levando-os a situações de sofrimento e adoecimento. Nesse sentido, Franco, Druck e Seligman-Silva (2010, p.232) destacam que é preciso considerar que “os tempos sociais do trabalho (ritmos, intensidade, regimes de turnos, hora extra, banco de horas...) encontram-se em contradição com os biorritmos dos indivíduos, gerando acidentes e adoecimentos”, especialmente, os transtornos mentais.

Cabe salientar que tais conseqüências prejudiciais aos trabalhadores são, em grande parte, resultantes do modo de produção capitalista e dos seus modelos de gestão, pautados na racionalidade econômica, na lucratividade e na precarização do trabalho. Para uma melhor compreensão acerca da adoção desses modelos na área da saúde, a seguir será apresentada uma breve contextualização acerca desse processo.

Segundo Gaulejac (2007, p.64), a gestão se decompõe em diversos domínios especializados e saberes práticos que “têm como função modelar comportamentos, orientar processos de decisão, estabelecer procedimentos e normas de funcionamento”. A administração das instituições públicas, a partir do final da década de 1990, sofreu profundas influências do modelo de racionalidade gerencial, advinda das instituições privadas. Nessa perspectiva, a “ciência gerencial” importada dos Estados Unidos, é pautada sob um paradigma objetivista e utilitarista, no qual o humano é transformado em um “recurso” a serviço da empresa, ou seja, da produção (GAULEJAC, 2007). Nessa conjuntura, busca-se impor para os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, uma série de medidas que visam reconfigurar o papel do Estado e das políticas sociais, ameaçando conquistas importantes, como o é o caso do SUS (LAZARINI; SODRÉ, 2019).

O processo de reestruturação produtiva do capital, que se instituiu no fim da década de 1990 no Brasil, trouxe mudanças importantes na área da saúde, mesmo com as especificidades do trabalho neste setor. A organização do trabalho em saúde passou a incorporar, como dito anteriormente, a lógica da gestão das empresas privadas, incorporando seus modelos e ferramentas. No contexto da gestão pública, esse processo ocorreu com maior força a partir de 1970. O modelo do gerencialismo implementado nas instituições públicas de um modo geral, pautam-se na racionalidade econômica.

Retomando a discussão de Gaulejac (2007), o gerencialismo fundamenta-se nos paradigmas objetivista, funcionalista, experimental, utilitarista e economicista. Assim, há uma forte tentativa de promover a racionalização gestonária no setor público por meio de mecanismos utilizados na esfera privada, que procuram tornar o trabalho quantificável, mensurável por meio da elaboração de indicadores e de sistemas de avaliação.

A área da saúde, obviamente, não passou ileso por essas mudanças. Os novos arranjos implementados pelo Estado Brasileiro, orientados pelo gerencialismo e pelo ajuste fiscal na década de 1990, acarretaram alterações significativas na organização do processo de trabalho em saúde. Sobre este contexto, Chinelli, Vieira e Deluiz (2013, p.34) ressaltam que o setor da saúde sofreu

[...] forte impacto das macrotransformações no processo produtivo: focalização das políticas, redução de custos, aumento da produtividade, aceleração da participação de empresas privadas, incorporação de novas tecnologias, novos requisitos para a formação da força de trabalho, terceirização de atividades etc..

Sendo assim, as ações implementadas pelo Estado visavam encontrar meios de melhorar o baixo desempenho dos profissionais e criar formas concretas de associar o controle da produção com a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Assim, esse modelo de gestão vai influenciar, direta ou indiretamente, os usuários dos serviços, bem como seus trabalhadores, na medida em que passam a atender às exigências gerencialistas para a saúde e seu paradigma de acumulação flexível.

Contextualizando o período histórico anterior, compreendido entre 1945 e meados dos anos de 1970, Lazarini e Sodré (2019) apontam que houve um robusto crescimento econômico, que ficou conhecido como “30 anos gloriosos”. Esse período foi marcado por uma maior interven o e regula o do Estado, no sentido de atenuar as crises cíclicas do capitalismo, por meio de um maior investimento em políticas sociais. Esse processo ficou conhecido como *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), devido aos sistemas de prote o social constituídos. No entanto, os autores sinalizam também que com o passar desse momento de crescimento econômico, “uma grave e profunda crise no capitalismo se iniciou, provocando desdobramentos que perduram até os dias de hoje. Em meados da década de 1960, iniciou-se um processo de esgotamento da fase expansiva da economia” (LAZARINI; SODRÉ, 2019, p.4).

Nesse sentido, a partir de 1990, há uma diminui o do papel do Estado (conhecido como Estado Mínimo) em áreas antes geridas unicamente pelo setor público, como   o caso da saúde pública, abrindo espaço para a a o do capital, por meio das privatiza es. Assim, as políticas neoliberais, “assumem um posicionamento de privilegiar a produ o capitalista, sem a interven o do Estado, deixando o mercado e seus fluxos livres” (LAZARINI; SODRÉ, 2019,

p.5). Assim, sob a égide do neoliberalismo, há uma centralidade conferida ao capital financeiro na economia e as políticas sociais adquirem novas configurações a partir da articulação entre o Estado, o mercado e a sociedade, visando o atendimento apenas das necessidades básicas dos indivíduos em relação às áreas de bens e serviços (LAZARINI; SODRÉ, 2019). Desse modo, as questões econômicas e políticas baseadas na financeirização, eximem o Estado de interferir no sentido de amenizar a questão social.

Efetua-se uma descentralização político-administrativa, com a progressiva transferência de responsabilidades da União pela execução de ações e serviços de saúde para os Estados e, principalmente, para os Municípios. Além disso, o exercício da gestão pública na saúde passa a ser, cada vez mais, compartilhado por diversos entes governamentais e não governamentais. Desse modo, na linha de reforma do Estado, são promovidas aberturas para as novas modalidades de gestão e prestação dos serviços públicos de saúde através da parceria público-privada (PPP).

Tais parcerias, ocorrem de forma mais aguda a partir de 1995, sendo realizadas sob o discurso de promover a modernização e a eficiência das unidades de saúde, sendo ancorada nas proposições do “Plano Diretor da Reforma do Estado”, encabeçada por Luiz Carlos Bresser Pereira então Ministro da Administração Pública e Reforma do Estado, no primeiro Governo de Fernando Henrique Cardoso (TEIXEIRA, 2015).

Segundo Teixeira (2015), tal plano promovia a flexibilização das relações de trabalho no setor público com a permissão dos regimes jurídicos diferenciados, limitava o teto de gastos com os servidores públicos, além de possibilitar a abertura para as já citadas parcerias público-privada.

Esses novas formas de gestão, baseadas nos paradigmas do gerencialismo, sob o discurso de atender os interesses públicos utilizam-se dos modelos de gestão do trabalho e contratação de serviços do setor privado, de acordo com a dinâmica do mercado. Nesse contexto, a contratação de pessoal para o setor público passa a ser por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em detrimento do Regime Jurídico Único (RJU), além de abrir possibilidade para a criação do dispositivo de contrato de gestão, promovendo a autonomia gerencial (TEIXEIRA, 2015).

Desse modo, constrói-se uma agenda de gestão do trabalho pautada na adoção de medidas de flexibilização de contratos de serviço e de regimes de trabalho. Esse processo ocorre num momento em que há um vertiginoso crescimento do número de postos de trabalho no SUS, especialmente na rede pública municipal a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, criado como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde

(CORBO; PONTES; MOROSINI, 2007).

Na linha de reforma do Estado, nos anos 2000, é sancionada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar N. 101, de 04 de maio de 2000) com a justificativa de promover um melhor controle das contas públicas por meio, principalmente, da redução das despesas com funcionalismo público e do incentivo a terceirização, na medida em que “as despesas com a subcontratação de empresas e a contratação temporária, emergencial e de comissionados não são computadas como despesas de pessoal” (DRUCK, 2016, p.19).

Nas palavras da autora,

[...] criou-se e ampliou-se a diversidade de modalidades de terceirização na esfera pública, a exemplo de: concessão, permissão, parcerias, cooperativas, organizações não governamentais(ONGs), OSs e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips). Constituiu-se assim um quadro em que parte dos serviços públicos é realizada não mais pelo servidor público, profissional concursado, mas pelos mais diferentes tipos de trabalhadores, em geral empregados de forma precária, com contratos por tempo determinado (DRUCK, 2016, p.19).

Cabe destaque para a atuação das OSs (Organizações Sociais de Saúde), implantada pela lei nº 9.637/1998, sendo caracterizadas como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, implantada sob o discurso de promover a descentralização e prestar serviços mais eficientes no setor público (DRUCK, 2016). As OSs tem sua atividade voltada para serviços não exclusivos do Estado, ou seja, para aquelas atividades que são exercidas simultaneamente pelo Estado e pela esfera privada, mas que devem ser fomentadas pelo poder público, em função de estarem relacionadas a direitos humanos fundamentais ou por gerarem economias externas relevantes, como saúde, educação, assistência social, cultura (DRUCK, 2016).

Ao longo do Governo do PT, iniciado em 2003, as OSs tornaram-se uma forte realidade na saúde pública. A partir de 2015, sob o discurso de tentar superar a crise econômica no Brasil, os direitos e garantias sociais da classe trabalhadora são, novamente, atacados. Neste ano, por força da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), a terceirização foi validada como constitucional, negando-se o pedido de ação direta de inconstitucionalidade (ADI). Dessa forma, liberou-se a terceirização para todos os serviços essenciais sob responsabilidade do Estado: saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente (DRUCK, 2016).

Além disso, sob o pretexto de modernização da legislação trabalhista, os defensores da nova regulamentação do trabalho, fazendo críticas à CLT e considerando-a ultrapassada, vão propor a sanção da reforma trabalhista (DRUCK; DUTRA; SILVA, 2019). É nesse cenário que

é aprovada a Lei 13.467/2017, no governo do então presidente Michel Temer, que altera diversos artigos da CLT, tais como: contratos de trabalho intermitente; as demissões por “comum acordo”; e a prevalência do “acordado” sobre o legislado (BRASIL, 2017). Portanto, a reforma trabalhista possui íntima articulação com o fenômeno da precarização social do trabalho no contexto brasileiro. Além disso, no que tange a terceirização, a citada reforma trabalhista, juntamente com Lei ordinária N. 13.429/2017 que legalizou a terceirização de todas as atividades das empresas (tanto as atividades meio quanto as fim), instaura um cenário de terceirização generalizada, no qual são priorizadas as necessidades do capital em detrimento das necessidades dos trabalhadores.

Nesse cenário, ocorre a prevalência de terceirizações nos serviços públicos e de relações de trabalho mais flexibilizadas e precarizadas. Na concepção de Druck (2016, p.29),

Trata-se de um claro processo de precarização do serviço público, de uma transferência de patrimônio público para uso da iniciativa privada, como é o caso dos hospitais, de um alto custo financeiro para o Estado, com desvio de recursos, num ambiente promíscuo em que se confundem o privado e o público e com uma forma duplamente perversa de precarização do trabalho, pois, por um lado, cria um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, com alta rotatividade e sem um conjunto de direitos e, por outro, vai destruindo os funcionários públicos, com a redução de seu tamanho e dos seus direitos, desqualificando e desvalorizando uma categoria profissional que é essencial num Estado democrático.

Discorrendo acerca do contexto histórico em que se deu o processo de terceirização nos serviços de saúde e suas consequência para a organização do trabalho, Franco, Druck e Seligman-Silva (2010, p.231) também ressaltam que

[...] através da terceirização e da desregulamentação social, produziu-se a desestabilização do mundo do trabalho que atingiu, inicialmente, os trabalhadores industriais e depois todos os assalariados, afetando, hoje, todos os que vivem do trabalho. Este processo histórico levou à redução do emprego “fordista” (ou seja, do trabalho com um corolário de direitos e proteção social, característico da Era de Ouro ou Welfare State), com uma crescente fragilização dos trabalhadores estáveis e uma persistente produção de instáveis (HARVEY, 1992), configurando a vulnerabilidade de massa.

Os padrões de gestão e de organização do trabalho, na busca de maior produtividade a qualquer custo, têm levado a condições extremamente precárias de trabalho e a sua intensificação. Entre os instrumentos de gestão que reverberam sobre os trabalhadores estão: a imposição de metas inalcançáveis, a extensão da jornada de trabalho, a exigência de polivalência. Tal modelo se sustenta na gestão pelo medo e desrespeito; na discriminação criada pela terceirização; nas formas de abuso de poder e na criação de um ambiente de trabalho inseguro e nocivo à saúde (DRUCK, 2011).

Toda essa contextualização acerca dos processos de gestão e de trabalho em saúde foi necessária para uma melhor compreensão das questões vivenciada atualmente no Hospital

Federal de Bonsucesso, visto que tal instituição da rede federal pertence ao SUS e, conseqüentemente, está inserida no contexto macro-político relatado nos parágrafos anteriores.

Portanto, diferentes fatores econômicos, sociais e políticos vão impactar nos serviços de saúde prestados pela Instituição. Compreende-se que esses fatores atingem não apenas o HFB, mas os serviços públicos de saúde como um todo, em suas três esferas. No entanto, como o objetivo deste capítulo é a contextualização do Hospital Federal de Bonsucesso, após discorrer acerca do seu processo histórico de instauração, de sua estrutura, dos serviços prestados, de seu quantitativo de pessoal e os problemas acarretados pelo déficit de recursos humanos, a seguir serão abordadas as principais dificuldades que influenciam diretamente os serviços de saúde prestados pela instituição e seus trabalhadores.

Primeiramente, é preciso reforçar sobre o enorme déficit de trabalhadores existente. Como dito, o último concurso para área assistencial foi em 2005. Em segundo lugar, há uma escassez de recursos financeiros, de investimentos em tecnologia e insumos necessários para a realização das atividades fins do HFB já que, como fora destacado nos parágrafos anteriores, na agenda neoliberal há uma redução da atuação do Estado em relação às políticas sociais e aos serviços públicos, entre eles o de saúde, pois estes são considerados como “custos”. Em terceiro lugar, ressalta-se o volume de atendimentos realizados, por este ser o maior hospital da rede federal do Rio de Janeiro com atendimentos de média e alta complexidade, estando localizado numa área estratégica da cidade; e, por possuir uma emergência em regime de portas abertas (comportando, muitas vezes, atendimentos da atenção primária que seriam de responsabilidade do Estado e dos Municípios).

Cabe destaque ainda para os problemas de gestão, vivenciados na instituição. Desde o seu processo de implementação, o HFB vivencia constantes troca de direção e, conseqüentemente, variados perfis de gerenciamento são experimentados. Vale ressaltar que compete ao Ministro da Saúde a escolha dos diretores para os Hospitais da Rede Federal. No entanto, esse processo nem sempre ocorre de forma rápida e já aconteceu da Unidade ficar meses sem ter um diretor para dar as coordenadas para os serviços. Além disso, cada novo diretor que entra, realiza mudanças nas chefias dos serviços; pois, estes são cargos de confiança da direção e, conseqüentemente, são modificados também alguns processos de trabalho. Então, até que essas questões sejam definidas, muitos processos, principalmente, relacionados à área administrativa ficam engessados e estagnados, o que gera uma maior morosidade nas ações. Ainda sobre a gestão, como abordado anteriormente, o modelo baseado no gerencialismo implementado nas instituições públicas, seguindo a lógica das instituições privadas, utiliza-se de diversos instrumentos de controle que impactam sobre os trabalhadores. A exemplo desses

instrumentos foram implantados no HFB, entre outras formas de controle, a avaliação de desempenho e o ponto eletrônico.

A avaliação de desempenho, instituída pela Portaria N. 3.627, de 19 de novembro de 2010, é experimentada no HFB a partir do alcance de indicadores e metas pela instituição e pelos próprios trabalhadores. Para fazer jus ao recebimento da gratificação máxima, de acordo com a referida portaria, é necessário que se alcance 100 pontos que são assim distribuídos: 80 pontos estão relacionados ao cumprimento das metas estipuladas para a instituição e 20 pontos são individuais, estando relacionada ao desempenho e ao alcance das metas estipuladas para cada um. De acordo com Alves (2014), nos sistemas de avaliação, está situada a avaliação por desempenho, na qual os trabalhadores são remunerados com base na mensuração do trabalho realizado. Esses mecanismos trabalham com uma hipótese implícita de que é possível dar um valor ao trabalho sem levar em consideração o contexto ou a tarefa que é realizada. Assim, a regulação nesse contexto é realizada por meio dos resultados obtidos e não pelo processo vivenciado para a realização daquele trabalho (ALVES, 2014). Desse modo, entre a fixação de objetivos e controle de resultados efetuados pela perspectiva gerencialista, o que se apaga é o engajamento do trabalhador, ao mesmo tempo em que este é cada vez mais demandado.

Já no que diz respeito ao ponto eletrônico, este foi sacramentado no HFB pela Portaria N. 587, de 20 de maio de 2015. Há que se destacar que este é um fator que gera muitas angústias e situações de stress entre os trabalhadores, visto que as máquinas que foram instaladas não emitem nenhuma espécie de comprovantes sobre as batidas do ponto. Assim, os próprios trabalhadores têm que se preocupar em acompanhar se as máquinas de fato registraram as suas batidas. Isto é feito por meio de um sistema online chamado Siref que permite aos trabalhadores e suas chefias visualizarem os extratos de batidas, espelhos de ponto e acompanharem o cumprimento da carga horária. No entanto, o leitor biométrico das máquinas não funciona muito bem e o trabalhador, muitas vezes, não consegue bater o ponto, tendo que justificar o ocorrido posteriormente no sistema para não ser descontado. E, além disso, algumas vezes, as batidas mesmo tendo sido registradas na máquina não são importadas delas para o Siref. Todos esses aspectos causam bastante desgaste e preocupação para os trabalhadores em geral, porém, para aqueles que fazem o APH é ainda mais estressante, tendo em vista que estes têm que apresentar o seu espelho de ponto para receberem o adicional.

Seguindo essa mesma lógica de importação dos modelos da iniciativa privada, a que se destacar também acerca dos processos de terceirização e privatização que vem ocorrendo na Unidade ao longo dos anos. Embora o HFB tenha se esquivado, até o momento, de ser gerido por uma Oss, a terceirização pode ser observada por meio da atuação do setor privado na

unidade mediante à participação em pregões para compra de equipamentos e insumos necessários à assistência e de contratos, via licitação, para contratação de pessoal de forma temporária. Há vários profissionais terceirizados no HFB, podendo-se citar: o pessoal da limpeza, administrativos, recepcionistas, seguranças, entre outros. Na área assistencial, como não há concursos públicos desde 2005, há a prevalência de contratos diretos, via contratos temporários da União (CTU), cujo último processo seletivo simplificado ocorreu em 2022. No entanto, ao longo do tempo, no HFB também já foram estabelecidas parcerias com o município do Rio de Janeiro, viabilizando a contratação temporária de pessoal por meio de empresas como, por exemplo, a RioSaúde, na qual o vínculo de trabalho é precarizado.

Todas essas questões vão ter rebatimentos na subjetividade dos trabalhadores no contexto do neoliberalismo, que fazem com que os estes se sintam desconfortáveis e intensifiquem a sensação de mal-estar no trabalho (LINHART, 2011).

Soma-se ao agravamento das questões apontadas, a pandemia do coronavírus que assola o país desde janeiro de 2020, acarretando graves consequências para a população e para os profissionais de saúde. O HFB, a despeito de todas as questões relacionadas à falta de estrutura para atendimento aos pacientes acometidos pela Covid-19 e à falta de recursos humanos, foi considerado pelo MS como hospital de referência para atendimento a pessoas infectadas pela doença. Devido a isso, os profissionais tiveram que enfrentar questões extremamente desgastantes, para além daquelas já vivenciadas no cotidiano do processo de trabalho em saúde, tais como: medo da contaminação pela doença e da morte, insegurança, sobrecarga de trabalho, receio de contaminar seus entes queridos e seus colegas de trabalho, falta de conhecimento sobre como agir tecnicamente diante de uma doença nova, para a qual, no período inicial, não existiam muitos estudos e nem vacinas. Acerca das condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da pandemia, Morosini, Chinelli e Carneiro (2020, p.6-7) afirmam que os trabalhadores

[...] passam a conviver com problemas agudos, dentre os quais destacam-se: aumento da insuficiência de profissionais por afastamento e morte; intensificação do trabalho e ampliação da jornada; ausência, insuficiência ou baixa qualidade de EPIs para a proteção contra o coronavírus; falta de capacitação para o atendimento às pessoas com Covid-19 e de treinamento para o uso e o descarte adequado dos EPIs; problemas na organização do espaço físico para o fluxo dos usuários; testagem insuficiente dos trabalhadores afastados com sintomas compatíveis com Covid-19; ausência ou baixa garantia dos direitos dos trabalhadores, como o afastamento remunerado quando necessário; inobservância das recomendações das autoridades sanitárias para a proteção dos trabalhadores com condições de risco aumentado e de proteção dos familiares; ingresso de trabalhadores recém-formados e antecipação de formatura, em especial de médicos e enfermeiros, com pouca experiência e dificuldades de realização de tutoria no trabalho; irregularidade no pagamento das bolsas dos residentes e do salário de trabalhadores terceirizados; entre outros.

Frente a este cenário de precarização, a saúde mental dos profissionais de saúde ficou ainda mais comprometida. De acordo dados da pesquisa intitulada “A pandemia de Covid-19 e os(as) profissionais da assistência social no Brasil”, realizada pelo NEB FGV-EAESP (Núcleo de Estudos da Burocracia da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas) e divulgada em reportagem no site¹² da Uol no dia 24/11/2020, revela que 78% dos profissionais de saúde entrevistados tiveram a saúde mental abalada pela pandemia.

Além disso, não se pode deixar de mencionar o incêndio que ocorreu no HFB, atingindo o seu maior prédio assistencial (Prédio 1), no dia 27 de outubro de 2020. Este episódio foi um momento de grande tensão para os trabalhadores que lá estavam, pois, além de se preocuparem em salvar a si próprios, tiveram que transportar rapidamente todos os pacientes internados no prédio na tentativa de salvá-los. Os pacientes foram transportados em lençóis, colchões e macas e levados para o pátio do hospital e também para a rua localizada atrás da emergência, que era o local que oferecia a saída mais próxima. O momento foi desesperador, visto que muitos pacientes estavam intubados e contaminados pela COVID-19. No entanto, com a ajuda da brigada de incêndio da instituição, os trabalhadores do HFB em um ato heróico conseguiram esvaziar rapidamente o prédio 1, salvando centenas de vidas.

Uma matéria do site O Globo¹³, veiculada no dia 10/11/2020, informa que dos 44 pacientes transferidos em estado grave, o Ministério da Saúde reconhece apenas três mortes ocorridas na data do incêndio como sendo provocadas pela transferência interna dos pacientes em estado grave. No entanto, tal reportagem relata que, até o dia da reportagem, dezesseis pessoas transferidas vieram a óbito em outras unidades hospitalares nos dias subsequentes ao incêndio.

Importante frisar que até a ocorrência deste episódio o HFB não possuía um plano oficializado de contingência para evacuação de prédios em caso de acidentes. Além disso, muitos profissionais não haviam sido treinados para agir neste tipo de situação, apesar deste treinamento ser oferecido constantemente pela Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador do hospital.

Passado o susto e o desespero decorrentes do incêndio, os profissionais de saúde do HFB tiveram que, mais uma vez, se adaptar às novas demandas. Como a pandemia da COVID-19 continuava aguda e o prédio 1 foi interditado em razão do incêndio, alguns profissionais

¹² Reportagem disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/11/24/78-dos-assistentes-sociais-tiveram-a-saude-mental-afetada-pela-pandemia.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 27 maio 2022.

¹³ Reportagem disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/chega-16-numero-de-mortes-de-pacientes-transferidos-do-hospital-de-bonsucesso-apos-incendio-24738311>>. Acesso em: 27 maio 2020.

tiveram que “aprender” a prestar assistência em setores diferentes daqueles que estavam acostumados a trabalhar até então. Para tanto, foram oferecidos vários treinamentos específicos, em especial para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com o setor em que estes profissionais passaram a atuar. E, os demais profissionais lotados nos setores que foram transportados para outros hospitais federais, foram transferidos junto (entre eles, o Serviço de Transplante Renal, Cabeça e Pescoço e Cirurgia Cardíaca). Assim, o quantitativo de profissionais da Unidade sofreu drástica redução de, aproximadamente, 1300 funcionários¹⁴. Cabe salientar ainda que devido ao incêndio, a emergência e o CTI Adulto foram fechados temporariamente e houve a paralisação das cirurgias de grande porte, bem como a não renovação dos contratos temporários.

Após o incêndio e devido a todas às questões vivenciadas no próprio HFB e no contexto da saúde federal (por exemplo: trocas de Ministro da Saúde no Governo Bolsonaro, do Superintendente do MS no RJ e do diretor da Unidade), todos os seus trabalhadores sentiram ainda mais medo e insegurança com a possibilidade do HFB não retornar com os serviços do Prédio 1 e, por pressões externas, acabar tendo que encerrar suas atividades.

Vale destacar que durante o período em que a presente pesquisa foi redigida (ano de 2022), apesar da reforma do referido prédio 1 já ter sido concluída, permanecia a diminuição significativa no número de trabalhadores (mesmo após os servidores transferidos já terem retornado para o HFB). Permanece também a não retomada de alguns serviços essenciais, tais como: a cardiologia, a clínica cirúrgica B, a curta permanência e a emergência, que funcionava em regime de “porta aberta” e, até momento, só o que voltou a funcionar foi a sala vermelha. A justificativa que se escuta na Unidade para a não retomada desses serviços é a falta de pessoal, principalmente de médicos e profissionais de enfermagem, necessários para a reabertura de todos os serviços prestados anteriormente. O Ministério da Saúde, por sua vez, alega que há profissionais suficientes na Unidade para tanto e age com morosidade no processo de contratação. Porém, tanto o novo diretor da Unidade (que é funcionário antigo do hospital) quanto os seus trabalhadores não desistiram da luta para que o HFB retome integralmente suas atividades. Com isso, aos poucos, novos leitos vão sendo reabertos e os setores vão retornando para o seu local de origem e retomando as suas atividades.

Para além das consequências vivenciadas pelos trabalhadores, todas essas questões

¹⁴ Segundo reportagem do site G1, publicada em 25/05/2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/05/25/hospital-de-bonsucesso-perdeu-13-mil-funcionarios-em-sete-meses-segundo-documento-assinado-por-diretor-da-unidade.ghtml>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

trouxeram também prejuízos para à população que depende dos serviços prestados pela Unidade. Sobre esse contexto de total insegurança nos serviços de saúde, Moura Neto (1990, p.64) adverte que

É necessário ter clareza de que o processo de acumulação altamente concentrador, peculiar do capitalismo brasileiro, torna-o incompatível com o atendimento das necessidades básicas e elementares da massa da população. Neste sentido, a luta pela saúde, a luta pelo direito à vida, pelas condições mínimas de qualidade humana de vida, se transforma em luta pela real democratização de nosso país.

Em relação aos trabalhadores, os aspectos salientados mostram que as angústias, os medos, as fragilidades e as condições de saúde física e mental encontram-se extremamente abaladas. Importante frisar também que todas as questões apontadas aqui estão intrinsecamente relacionadas à precarização do trabalho na saúde e à superexploração da mão de obra de diversas formas e, durante a pandemia da Covid-19, estas vulnerabilidades se manifestaram com maior força, trazendo prejuízos ainda maiores para os trabalhadores.

Logo, as questões salientadas revelam que há uma intensa deterioração das condições de trabalho no HFB. A partir da fala dos entrevistados, colhidas durante a pesquisa de campo deste estudo, esse aspecto apareceu de maneira veemente, conforme será apresentado no próximo capítulo deste estudo. Torna-se relevante destacar que as condições degradantes de trabalho, a qual os trabalhadores da saúde de um modo geral são submetidos, estão relacionadas a um contexto mais amplo de precarização do trabalho no SUS. Face ao exposto, não se pode perder de vista que, conforme salienta Dejours (1987), esse cenário é agravado pela perda de direitos trabalhistas no atual cenário brasileiro e possui impacto direto na qualidade de vida dos trabalhadores.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A primeira abordagem para análise dos resultados deste estudo foi descrever brevemente o perfil dos entrevistados para se ter uma noção sobre aqueles que proferem os discursos.

No total foram entrevistadas 09 pessoas. Os sujeitos desta pesquisa são todos servidores públicos estatutários, que compõem o quadro de trabalhadores do HFB. Alguns são da área assistencial e outros da área administrativa, mas todos atuam no desenvolvimento de ações educativas na unidade há pelo menos um ano.

Em atendimento ao recomendado pela Resolução CNS nº 580/2018, que respalda as pesquisas no SUS e o respeito aos princípios éticos, foi preservada a identidade dos sujeitos. Assim, os nove trabalhadores entrevistados foram identificados neste estudo por meio de nomes fictícios.

► Entrevistada Angela: Tem 53 anos. É enfermeira, tendo feito sua graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro e o seu mestrado em enfermagem na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Atua no HFB há 17 anos. Sua trajetória iniciou-se na Maternidade na Unidade Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), mas já atuou também na Sala de Apoio à Amamentação. Há cinco anos Angela faz parte da equipe do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem. Atualmente, é a Coordenadora do referido setor. Ângela possui outro vínculo empregatício no Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado à UERJ.

► Entrevistado Carlos: Tem 60 anos. É administrador no HFB tendo cursado a graduação na Fundação Técnico Educacional Souza Marques. Inicialmente, atuava no cargo de agente administrativo, de nível médio, no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem. No concurso de 2010, Carlos conseguiu ser aprovado como administrador, passando, portanto, para um cargo de nível superior. Desse modo, Carlos trabalha no HFB há 15 anos, sendo seis anos como agente administrativo e nove anos está como administrador. Devido a sua experiência anterior no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, este profissional foi convidado pela chapa eleita no final do ano de 2016 para trabalhar no Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP), no Departamento de Pesquisa. Neste setor, Carlos trabalhava com uma enfermeira, com doutorado e *expertise* na área de pesquisa, que orientava as pessoas que pretendiam realizar projetos de pesquisa no HFB. No entanto, esta enfermeira passou em um concurso para professora na UFRJ no ano de 2021 e pediu exoneração do HFB. Assim, desde então, Carlos trabalha sozinho no Departamento de Pesquisa. Como não possui formação na área de Saúde, ele apenas consegue orientar o processo burocrático para que, uma pessoa que pretenda realizar pesquisa no local, consiga dar entrada com o projeto no Comitê de Ética e Pesquisa do HFB. A leitura dos projetos e as possíveis pendências são sinalizadas pelos profissionais de saúde que compõem o referido Comitê. Cabe destacar que Carlos já possuía tempo de serviço no setor privado, antes de ser estatutário no HFB. Este tempo de serviço anterior foi incorporado e, por isso, Carlos está próximo de se aposentar. Este é o seu grande objetivo no momento, pois, externamente à Unidade, Carlos trabalha como autônomo.

► Entrevistada Ana: Tem 47 anos. É enfermeira, tendo feito sua graduação na UERJ e seu mestrado em saúde da criança na UERJ. Atua no HFB há quinze anos. Sua trajetória iniciou-se na Maternidade, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), mas desde 2011 atua no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem já tendo, inclusive, sido coordenadora no local. Ana trabalha junto com Angela, citada anteriormente, e com a colaboração dos demais profissionais do setor, elas desenvolvem ações de educação continuada para os profissionais de enfermagem da instituição. Em paralelo a sua atuação neste setor, Ana

já atuou no CEAP, no Setor de Assessoria Pedagógica, por pertencer à chapa eleita no ano de 2016. Cabe destacar ainda que a mesma possui outro vínculo empregatício junto à Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, atuando como enfermeira plantonista no Hospital Municipal Carmela Dutra.

► Entrevistada Bruna: Tem 41 anos. É assistente social de formação, com especialização em Gênero e Sexualidade. Sua graduação foi na UFRJ e sua pós-graduação lato sensu na UERJ. Atua há 12 anos no HFB, no cargo de agente administrativa, cargo de nível médio. Bruna atua na Área de Desenvolvimento de Pessoas (ARDEP) há 5 anos, vinculada à COGEP (Coordenação Geral de Pessoas). Atualmente, é a responsável técnica da ARDEP. Cabe a este setor, além de desenvolver as qualificações para os trabalhadores administrativos, estabelecer o diálogo com os representantes da COGEP do Ministério da Saúde em Brasília, transmitindo as demandas de qualificação dos diversos setores do HFB para tentar conseguir os recursos financeiros necessários para contratação dessas ações. Assim, os recursos enviados pelo MS de Brasília para contratação das qualificações são gerenciados pela ARDEP, que é responsável também por orientar os diferentes serviços do HFB sobre os trâmites burocráticos necessários para a efetivação da contratação das referidas ações.

► Entrevistada Fátima: Tem 56 anos. É enfermeira, com mestrado em ciências médicas. Sua graduação foi na UFRJ e seu mestrado foi na UFF. Atua no HFB há 26 anos. Sua trajetória iniciou-se no Prédio 1, como enfermeira no Serviço de Nefrologia. Porém, desde 2013, atua no CEAP como coordenadora da residência de enfermagem e, em paralelo, como coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa do HFB, ligado à Direção.

► Entrevistada Paula: Tem 54 anos. É médica, formada pela UNIRIO. Atua no HFB desde que terminou sua residência em 1996. Assim, em 2022, ela completa 26 anos de tempo de serviço no local. Possui mestrado e doutorado pela UERJ em ginecologia e obstetrícia voltada para a adolescência. Cabe salientar que a Maternidade do HFB é referência no Rio de Janeiro para atendimento à gestante de alto risco, ou seja, grávidas hipertensas, cardiopatas, transplantadas, adolescentes ou com idade mais avançada. Paula é responsável técnica pelo Serviço de Ginecologia da Maternidade do HFB e, em paralelo, atua no CEAP como Coordenadora da Residência Médica.

► Entrevistado Pedro: Tem 47 anos. É médico, formado pela Faculdade de Medicina de Campos. Possui pós-graduação lato sensu em Infectologia pela UERJ e em gestão hospitalar. Possui quatorze anos de tempo de serviço no HFB. Atua como responsável técnico da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). No contexto da pandemia do COVID-19, a atuação deste profissional e de seu setor foi bastante requisitada pela instituição no sentido de orientar

as equipes sobre a maneira correta de se proteger, visando evitar a contaminação pela COVID-19, trazendo as recomendações preconizadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde), bem como colaborando na montagem dos fluxos de atendimento, no caso de infecção pela COVID-19.

► Entrevistada Joana: Tem 62 anos. É assistente social de formação. Fez sua graduação no Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Atua como agente administrativa, cargo de nível médio, há 12 anos. Porém, há um ano está lotada na ARDEP (Área de Desenvolvimento de Pessoas), vinculada à COGEP (Coordenação Geral de Pessoas). Joana trabalha no mesmo setor que Bruna. Como dito anteriormente, a ARDEP é responsável por desenvolver as qualificações para os trabalhadores administrativos, estabelecer o diálogo com os representantes da COGEP do Ministério da Saúde em Brasília, transmitindo as demandas de qualificação dos diversos setores do HFB para tentar conseguir os recursos financeiros necessários para contratação dessas ações. Assim, os recursos enviados pelo MS de Brasília para contratação das qualificações são gerenciados pela ARDEP, que é responsável também por orientar os diferentes serviços do HFB sobre os trâmites burocráticos necessários para a efetivação da contratação das referidas ações.

► Entrevistada Fernanda: Tem 41 anos. É enfermeira, com especialização em Qualidade e Segurança do Paciente. Sua graduação em enfermagem foi na UERJ e sua pós-graduação lato sensu foi na Fiocruz, em parceria com a Universidade de Lisboa. Atua no HFB há 18 anos. Sua trajetória no local iniciou-se na Maternidade, onde atuou no setor de pediatria. Há 5 anos, Fernanda desenvolve suas atividades no Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, que é subordinado diretamente à Direção. Neste setor, ela desenvolve junto com a sua equipe ações de qualificação para os profissionais assistenciais da Unidade, voltadas para a área de Qualidade e Segurança do Paciente.

A partir das informações contidas nessa breve apresentação dos nove trabalhadores entrevistados nesta pesquisa, é possível perceber que estes possuem um nível de escolaridade elevado. A maioria possui formação em nível de mestrado. Apenas um possui doutorado. Mesmo as duas pessoas que ocupam cargo de nível médio na instituição, possuem formação em nível superior.

Além disso, foi possível observar a prevalência das mulheres entre os entrevistados. Dos 09 participantes, 07 eram mulheres. Essa questão é importante de ser salientada, pois revela que há uma feminilização da força de trabalho em diversos setores do mercado de trabalho, inclusive a nível internacional. E, no campo da saúde, principalmente, na área de enfermagem, essa questão é ainda mais evidente. Dos 09 entrevistados, 04 eram enfermeiras.

Apesar do fenômeno da feminilização do mercado de trabalho, não ser o foco desta investigação, vale salientar que essa questão começa a ser percebida, de um modo geral, após a década de 1970, com crescimento expressivo nas décadas de 1990 e 2000, e ela traz implicações para a precarização do trabalho, no caso específico das mulheres. Segundo Matos, Toassi e Oliveira (2013), esse fenômeno precisa ser observado nos estudos sobre o trabalho, pois, existem especificidades importantes em relação às implicações de gênero que, no caso das mulheres, se manifestam de diversas maneiras nas relações de trabalho, desde a dupla/tripla jornada de trabalho (no emprego e nas tarefas domésticas) até a questão do sofrimento psíquico experimentado por algumas delas devido a esta sobrecarga.

6 AS DISPUTAS DE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS EM TORNO DA EPS, AS DIFICULDADES, AS POTENCIALIDADES E OS DESAFIOS PERCEBIDOS NO HFB

Ao longo do capítulo anterior, procurou-se apresentar e contextualizar o HFB, local onde a pesquisa foi efetuada, abordando sobre o seu processo histórico de constituição, o lugar que ele ocupa no SUS, os serviços que são prestados aos usuários, bem como algumas questões que a instituição vivencia no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde que geram rebatimentos para os trabalhadores. Como dito, entre os problemas vivenciados na instituição, destacam-se: o déficit de recursos humanos gerado pela falta de concurso público, as constantes trocas de direção geral e as mudanças de gestão ocorridas no próprio âmbito da Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, os entraves vivenciados pelos trabalhadores ocasionados pelos processos de precarização do trabalho, as situações difíceis ocasionadas pelo incêndio no maior prédio assistencial do HFB em outubro de 2020, bem como o déficit de recursos humanos devido à inexistência de concurso público desde o ano de 2005.

Nesse contexto de análise do HFB, foi importante levar em consideração o que afirma Vecchia (2012) quando afirma que vários aspectos devem ser observados na reflexão sobre o contexto histórico-social contemporâneo do processo de trabalho em saúde, entre eles: a divisão técnica e social do trabalho; a desigual valoração social dos diferentes trabalhadores; os diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos saberes implicados e as várias racionalidades simultaneamente presentes por meio das práticas dos agentes (VECCHIA, 2012).

Face ao exposto e tendo como base o aporte teórico desenvolvido nos capítulos anteriores acerca da educação permanente e de sua incorporação no campo em saúde, foram analisados os dados coletados por meio das entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores (sujeitos da pesquisa apresentados no capítulo anterior) e das observações feitas em campo. Tal análise possibilitou a percepção de variados aspectos relacionados ao trabalho, a educação e a saúde que estão imbricados no hospital em questão e que repercutem sobre as ações de qualificação realizadas e sobre seus trabalhadores.

Assim, dentre as inúmeras possibilidades de reflexões teóricas a partir das colocações dos entrevistados, alguns eixos de análise foram eleitos para reflexão e tiveram a ver com as problemáticas que este estudo buscou compreender e, conseqüentemente, com o roteiro elaborado para as entrevistas semi-estruturadas. Os eixos de análise foram: 1) Processo de

implementação da educação permanente em saúde no HFB; 2) Condições estruturais e dificuldades para a realização das ações de qualificação no HFB; 3) Concepções de educação permanente em saúde (EPS); 4) Potencialidades do HFB e das ações educacionais desenvolvidas; 5) Desafios e caminhos para a educação permanente no HFB comprometida com a transformação do trabalho.

Cabe destacar que a apresentação dos eixos temáticos nesta dissertação não seguiu fielmente o roteiro elaborado para as entrevistas. Assim, a forma como eles se encontram dispostos no texto foi escolhida para dar maior clareza sobre como as condições materiais existentes impactam nas concepções de EPS dos sujeitos entrevistados. No entanto, o contrário pode ser pensado, uma vez que as concepções EPS também podem colaborar para alterar a materialidade existente na instituição e na própria vida.

6.1 AS INICIATIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO HFB

A primeira tentativa de implementação da educação permanente em saúde no HFB se deu no início de 2005, alguns meses após a publicação da portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. Isto se deu por meio da realização de um curso de formação dos facilitadores de educação permanente em saúde, elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) e pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que visou difundir nacionalmente a PNEPS por meio dos Pólos.

O referido curso financiado pelo Ministério da Saúde foi realizado por meio de uma iniciativa conjunta do DEGES e da ENSP – Fiocruz. Teve duração de aproximadamente quatro meses e visou formar seis mil facilitadores de educação permanente para dinamização nos Pólos de Educação Permanente espalhados pelo Brasil, conforme proposto pela PNEPS.

O curso realizado de forma semipresencial foi composto por quatro unidades de aprendizagem, sendo três trabalhadas na modalidade de educação à distância e uma (a unidade integradora) desenvolvida por meio de dois encontros presenciais. Acerca deste processo, Nespoli e Ribeiro (2011, p.3) afirmam que

Uma das principais estratégias de disseminação da EPS foi o curso semi-presencial de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde que tem o objetivo de formar os diversos atores (facilitadores) indicados pelos PEP, ampliando a capacidade de implementar os processos de educação no Sistema de Saúde e fortalecer os Pólos de EP.

Nesse contexto, alguns profissionais do HFB envolvidos com as ações educativas foram

convidados a participar do curso de formação dos facilitadores de educação permanente em saúde, que teve como objetivo principal apoiar o desenvolvimento de ações de educação permanente nas diversas localidades. Assim, o que se pretendia era que os profissionais participantes do curso (chamados de facilitadores) desenvolvessem propostas de educação permanente, inicialmente no decorrer do curso, para que os tutores pudessem auxiliá-los. Não foi um objetivo do presente estudo o aprofundamento acerca do desenvolvimento de tal curso, porém foi necessário abordar sobre ele, pois houve participação de trabalhadores do HFB nesta ação. Vale dizer que a proposta e as apostilas utilizadas no curso de formação dos facilitadores de educação permanente em saúde encontram-se disponíveis na internet para consulta a quem interessar.

É importante destacar ainda que os sujeitos da presente pesquisa não souberam informar sobre o quantitativo de trabalhadores do HFB que participaram do curso. Eles informaram apenas que os participantes já estão aposentados. Os entrevistados, por serem servidores mais novos, não participaram de tal curso. Apenas alguns tinham conhecimento sobre este, porém, apenas o entrevistado Carlos, que atualmente está lotado no Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) abordou sobre esse período, pois, atuava anteriormente no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem e teve contato com os participantes antes de se aposentarem.

Sobre este contexto, o entrevistado Carlos mencionou que

[...] ocorreram também alguns encontros aqui logo depois que lançaram a política e algumas pessoas daqui participaram. Teve isso sim, mas eu não vi como uma ação muito assim...como vou dizer, eu não vi o uso disso com muita frequência. Mas, aconteceram algumas coisas sim, vinham pessoas do próprio Ministério lá em Brasília para estar ministrando. Houve sim uma ideia de se fazer, implementar a educação permanente, mas não se chegou num nível que isso fosse realmente um projeto aqui. Não foi uma coisa muito organizada, planejada.

Além disso, o Carlos afirmou que no decorrer das mudanças posteriores (inclusive, dentro do próprio MS com a atuação de um novo grupo na SGTES, conforme abordado anteriormente), tentou-se centralizar as verbas para capacitação no NEMS/RJ (Núcleo Estadual do MS no Rio de Janeiro), também chamado de NERJ, solicitando a presença dos representantes dos serviços de educação e dos gestores dos institutos e hospitais federais em reuniões no local para decisão sobre a execução das verbas. Nas palavras de Carlos,

Algumas gestões posteriores tentaram centralizar a questão educacional pelo NERJ. Chegaram a ocorrer algumas reuniões lá, mas a coisa não saiu do lugar. As instituições, de uma forma geral, não trabalhavam dentro de um programa, dentro de um processo. Cada um estava se virando da maneira que conseguia. Então, para realizar um curso sentava um monte de gente que já tinha a sua lógica, o seu raciocínio, que se virou lá do jeito que deu para realizar as ações. Aí, de repente, o Ministério resolve juntar todo mundo para tentar fazer algo coordenado por um órgão

(o NERJ), que nunca teve envolvimento nenhum com isso. Mas, o Ministério (da Saúde) não dava as diretrizes do que se queria. E aí, ficou uma coisa fora da realidade.

A fala do entrevistado mostra a tentativa feita no primeiro momento da SGETS de gerar maior coordenação e diálogo entre os diferentes atores e instâncias do SUS e o que retrocedeu a partir das propostas do segundo grupo que a ocupou sob o argumento, inclusive, da dificuldade de execução. No entanto, a estratégia de centralização das verbas no NERJ também não foi à frente, pois dificultou a execução das ações pelas unidades.

Assim, a responsabilidade e decisões acerca da utilização das verbas retornaram para os Institutos e Hospitais Federais e assim funciona até os dias atuais. Tais instituições realizam o levantamento das necessidades de capacitação do seu pessoal e enviam no final do ano anterior o Plano Anual de Capacitação (PAC), atualmente chamado de Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP) com suas demandas para o MS em Brasília, que decide quais cursos serão contemplados com as verbas, levando-se em consideração o orçamento disponível para cada Unidade para execução das ações de educação. Sobre esse processo, o entrevistado Carlos afirmou que:

Dentro do relatório (enviado para o MS) existiam as necessidades de cursos e mandava-se essa demanda para o RH. Eles, provavelmente, mandavam para Brasília e a tesourada acontecia. Sem que você pudesse argumentar. Alguém lá não sei da onde, decidia o que seria aprovado, pronto e acabou. Não existia uma lógica em cima daquele investimento profissional, entendeu?

Nesse sentido, de acordo com o entrevistado, os cursos eram aprovados pelo MS sem muito critério. Assim, percebe-se que a despeito da PNEPS propor a lógica da descentralização e do atendimento às demandas do lócus, no momento da autorização das verbas quem dava o veredito final era o próprio MS. Isso revela que essa relação de repasse de recursos é tensa e revela uma descentralização induzida, tutelada e com dificuldade de mudança no seu modo de operar.

A entrevistada Ana, enfermeira do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, afirma sobre a escassez das verbas fornecidas pelo MS, a partir do ano de 2010. Em suas palavras:

Eu peguei um período de transição na verdade, né. Quando eu cheguei aqui no setor, em 2010, você ainda tinha investimentos, verba que vinham destinadas para poder estar realizando cursos de capacitação e tudo.... depois, apesar de ter uma política para poder estar realizando, uma política nacional de educação (PNEPS) para poder estar incentivando, nós começamos a encontrar dificuldades em relação à verba para poder patrocinar os cursos.

A partir do exposto pela entrevistada e da minha experiência no Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, também a partir do ano de 2010, foi possível observar que até o referido ano as verbas para os cursos autorizados pelo MS chegavam normalmente, mesmo que não viesse o quantitativo ideal. No entanto, no ano de 2011 os recursos destinados para

execução do Plano pararam de chegar ao HFB. Assim, no período de 2011 a 2019, não foi possível a contratação de nenhum curso externo com verba, apesar de todo ano os diversos setores do HFB enviarem as suas demandas de capacitação para o RH e este encaminhá-las para o MS. Acerca desse período, a entrevistada Ana, do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, afirmou que:

Apesar de ter a proposta (de educação permanente), era contraditório que nós não tínhamos mais a verba. Então, praticamente desde 2011 que as atividades educativas não tem verba. Todas as atividades realizadas pelo setor (de educação continuada em enfermagem) é de acordo com a disponibilidade, o interesse, né, de algum funcionário do hospital que tem uma qualificação em algum assunto numa determinada área, que nós convidávamos e eles vinham ministrar (Enfermeira do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem).

Sobre a contratação dos cursos, esta é feita pelo setor de compras do HFB junto às empresas privadas que oferecem a ação sobre um determinado tema presente no Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP) enviado para o MS. Até os dias atuais, essa contratação acontece por meio de um processo denominado de Dispensa de Licitação que, de acordo com a legislação, está limitado ao teto máximo de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) por curso. Assim, os serviços montam o processo de solicitação de compra com a pesquisa de preço e com as empresas que oferecem o curso, indicando a que melhor atende a demanda e o porquê e encaminham para o RH para que este envie ao setor responsável pela contratação. Esta é a única maneira utilizada, até os dias atuais, para se conseguir a aquisição dos cursos para atender as demandas dos trabalhadores do HFB. O trâmite do processo é bastante burocratizado e um pouco demorado, o que gera dificuldade para os serviços demandantes conseguirem formular e acompanhar o processo de contratação. No entanto, a equipe da Área de Desenvolvimento de Pessoas (ARDEP/RH) procura orientá-los sobre esse trâmite.

Vale destacar que as demandas de capacitação que ultrapassam o valor de R\$ 8.000 (oito mil reais) não são contratadas, pois, precisaria ser feito um processo de licitação e o HFB ainda não conseguiu contratar cursos dessa forma. Alega-se que os temas solicitados para os cursos são muito específicos e que não há tantas empresas no mercado que os oferecem, não sendo possível, assim, abrir concorrência entre as empresas para se realizar um pregão.

Retornando ao desenvolvimento das ações educativas no HFB, é importante mencionar que no ano de 2019, com a publicação do Decreto Nº. 9991, de 28 de agosto de 2019 pela Presidência da República, que dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, as verbas para as ações de capacitação começaram a retornar, ainda que em pouca quantidade para o HFB. Foi após esse decreto que o antigo Plano Anual de Capacitação (PAC) passou a se chamar PDP. E, ainda que não seja a proposta deste estudo realizar um aprofundamento acerca das alterações promovidas

por este novo Decreto, por meio da sua leitura foi possível notar o alinhamento deste com a lógica do gerencialismo na saúde e as discussões da área de recursos humanos próprias das empresas privadas, ao apontar para a necessidade das ações educativas colaborarem para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à execução de um determinado trabalho. Abaixo segue a transcrição do 3º e do 4º artigos do Decreto N°. 9991 que deixam claro, no meu entendimento, o referido alinhamento:

Art. 3º Cada órgão e entidade integrante do SIPEC elaborará anualmente o respectivo PDP, que vigorará no exercício seguinte, com a finalidade de elencar as ações de desenvolvimento necessárias à consecução de seus objetivos institucionais.

§ 1º O PDP deverá:

- I - alinhar as ações de desenvolvimento e a estratégia do órgão ou da entidade;
- II - estabelecer objetivos e metas institucionais como referência para o planejamento das ações de desenvolvimento;
- III - atender às necessidades administrativas operacionais, táticas e estratégicas, vigentes e futuras;
- IV - nortear o planejamento das ações de desenvolvimento de acordo com os princípios da economicidade e da eficiência;
- V - preparar os servidores para as mudanças de cenários internos e externos ao órgão ou à entidade;
- VI - preparar os servidores para substituições decorrentes de afastamentos, impedimentos legais ou regulamentares do titular e da vacância do cargo;
- VII - ofertar ações de desenvolvimento de maneira equânime aos servidores;
- VIII - acompanhar o desenvolvimento do servidor durante sua vida funcional;
- IX - gerir os riscos referentes à implementação das ações de desenvolvimento;
- X - monitorar e avaliar as ações de desenvolvimento para o uso adequado dos recursos públicos; e
- XI - analisar o custo-benefício das despesas realizadas no exercício anterior com as ações de desenvolvimento.

§ 2º *A elaboração do PDP será precedida, preferencialmente, por diagnóstico de competências* (grifos meus).

§ 3º *Para fins do disposto neste Decreto, considera-se diagnóstico de competências a identificação do conjunto de conhecimentos, habilidades e condutas necessários ao exercício do cargo ou da função* (grifos meus).

Art. 4º O PDP conterá:

- I - a descrição das necessidades de desenvolvimento que serão contempladas no exercício seguinte, incluídas as necessidades de desenvolvimento de capacidades de direção, chefia, coordenação e supervisão;
- II - o público-alvo de cada ação de desenvolvimento;
- III - as ações de desenvolvimento previstas para o exercício seguinte, com a respectiva carga horária estimada; e
- IV - o custo estimado das ações de desenvolvimento (BRASIL, 2019).

Além do alinhamento com a proposta gerencialista para a saúde, nota-se que tal decreto promoveu um distanciamento ainda maior em relação à concepção e às proposições da PNEPS, na medida em que não menciona, por exemplo, o trabalho com a problematização sobre os processos de trabalho e com a aprendizagem significativa, entre outras coisas.

Sobre essa nova legislação, a entrevistada Bruna, que atua no RH, considera que

[...] a gente tinha uma legislação que pautava toda essa parte de capacitação de educação para

as unidades, né? E aí, em 2019, veio o Decreto Nº 9991, de 28 de agosto de 2019. Eu vejo que deu uma reestruturada, colocou algumas coisas que estavam muito assim dúbias. O Decreto deu uma boa ajustada em tudo e também meio que disciplinou outras coisas.

Ainda sobre o novo Decreto, a referida entrevistada afirma que o MS, em Brasília, tem feito algumas ações no sentido de melhor orientar os profissionais do RH. Para ela,

O pessoal do nível central está muito preocupado com essa questão de fazer as coisas acontecerem. Isso aí é na minha visão, tá? Vejo que eles estão muito assim buscando implementar, fazer, né? Ainda mais com esse novo decreto. E aí Brasília, a COGEP né, que é a divisão de desenvolvimento de Brasília, tem feito algumas ações com as equipes que lidam com a parte de capacitação. Eles vem fazendo treinamentos conosco sobre como fazer, como organizar um processo, como agora a gente vai entrar diretamente no portal para fazer os lançamentos. Então, eles têm capacitado, buscado capacitar as equipes em nível de Brasil. Que quando eles fazem é todo mundo junto. São todas as unidades de treinamento e desenvolvimento de pessoas. E ali eles vão passando, vão tirando as dúvidas, vão esmiuçando algumas coisas, vão orientando com relação a tudo. Então, assim, eu tenho participado de algumas ações, de alguns workshops [...] A gente tem que saber quais são os projetos da instituição, ou seja, que a gente tem. Aqui é uma instituição de saúde, que presta assistência. A gente tem que pautar as ações nisso, entendeu? É então a gente tem que pautar as nossas ações, ver se aquelas ações que o pessoal (os funcionários) estão pedindo vai estar de acordo com as propostas do hospital. Por exemplo, uma coisa que é boa para exemplificar: Eles colocam que a gente tem que buscar ações que possam capacitar mais pessoas. De preferência, capacitar pessoas que venham a ser multiplicadores. Não só capacitar uma pessoa que vai ficar com o conhecimento para ela, mas capacitar profissionais que tenham esse perfil de multiplicador. Então, isso é pra dar continuidade a ação, para não ser uma coisa isolada. Eu vejo nisso uma diretriz [...] Uma outra questão, que a gente tem que ter esse discernimento na hora que a gente for solicitar as ações para Brasília. Uma coisa muito básica que serve bem para exemplificar as coisas que o pessoal dos setores demanda para gente: Por exemplo, vocês me pedem cinquenta vagas pra um determinado curso. Eu vou mandar para Brasília aquelas cinquenta vagas, quando vem o processo liberado constam lá as cinquenta vagas. Mas, poxa, se eu for pegar as cinquenta vagas para fazer um curso, vamos supor que custe cinquenta mil reais. E aí, eu vou deixar de fazer outra ação, de contemplar outras áreas, então, por isso, que tem algumas ações como eu sempre estou fazendo. Algumas ações a gente vai repetindo todo ano no Plano. Porque a gente vai estar atendendo aos poucos (Bruna, trabalhadora do RH).

A partir desta fala, nota-se que a diretriz estipulada pelo MS é que as ações de capacitação estejam de acordo com as metas do Hospital para aquele ano e que sejam priorizadas as contratações de ações de qualificação coletivas, em detrimento das individuais. De preferência, para aqueles trabalhadores que possam, posteriormente, multiplicar aquele conhecimento na instituição para os colegas.

No entanto, a partir da experiência vivenciada no local, foi possível constatar que isto nem sempre acontece, devido à sobrecarga de trabalho que os profissionais já possuem, especialmente os que atuam na assistência, e também pelo fato de que nem todos possuem perfil, formação ou experiência para serem multiplicadores. Nesse sentido, a entrevistada Bruna, servidora ARDEP/ RH, reconhece esta questão como uma dificuldade ao apontar que:

[...] para gente é difícil ver isso nos profissionais indicados pelas chefias para fazerem o curso, é difícil a gente saber se aquele profissional vai ter esse perfil de multiplicadores.

Sobre as verbas para sua a execução do PDP, a entrevistada Joana, que também atua no mesmo setor que Bruna, salienta o seguinte:

A verba está sendo disponibilizada, entendeu? A verba tem vindo... claro que o ano passado, por conta da pandemia, muita coisa ficou parada, mas esse ano ele já deram um tanto... A gente já fez quatro revisões do plano. Muita gente no meio do ano quer alguma coisa, aí a gente inclui. Eles mandam a verba tranquilamente.

Já Bruna considera que ainda há limitação de verbas para o atendimento às demandas de capacitação do HFB. Segundo ela,

Há um corte de verba. Quando vai para Brasília, vai na nossa demanda, sei lá, um milhão de reais. Quando volta com o que é aprovado, digamos assim, depois que passa pelo crivo deles, é bem reduzido. Por exemplo, esse ano quando eles pediram para gente fazer o plano (PDP) para o ano que vem e me deram um teto máximo para poder montar. Vocês vão me mandar um plano com valor X, ou seja, é só para colocar no plano até aquele limite. Então a gente teve que fazer aquela questão de analisar o plano todo. A pessoa (chefe do setor) pediu cinquenta vagas, sei lá, a mil reais cada vaga. Se eu contratar isso de uma vez, vou gastar metade da verba com isso. Então, a gente começa a ponderar. A gente acaba tendo que se enquadrar nessas diretrizes para conseguir realizar alguma coisa. Mas, eu acho que Brasília deveria levar em consideração também o quantitativo de profissionais que tem na Unidade. Eu falo isso em relação, por exemplo, a enfermagem que é o maior quantitativo de profissionais dentro da unidade. Tipo assim: mandar quatro pessoas para um treinamento é muito legal, é melhor do que não ter nenhum, mas será que aquilo vai me atender plenamente? Não vai, porque o meu quantitativo é muito grande. Então, assim, o que eu estou te dizendo é que, às vezes, vem uma diretriz lá de fora né (externa), de Brasília, que não é muito compatível com a nossa realidade aqui.

A partir do exposto e do que fora mencionado pelos entrevistados, pode-se dizer que as ações de educação realizadas para os trabalhadores do HFB ocorrem devido aos esforços dos serviços de educação do HFB para viabilizar as capacitações internas e do suporte que eles dão para os setores demandantes, no caso de solicitação de contratação de capacitações externas, para o cumprimento do trâmite burocrático envolvido nesse processo.

Muitas vezes, tais serviços, acabam tendo que se ajustar às coordenadas vinda do MS para conseguir executar as ações, mesmo sabendo que estas nem sempre atendem às demandas específicas da unidade e estão longe de atender ao quantitativo de servidores que o HFB possui. Portanto, esta questão da escassez das verbas constitui-se como um dos grandes dificultadores dos processos educativos no HFB, conforme salientado pela maioria dos entrevistados no tópico que será apresentado a seguir.

6.2 AS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO TRABALHO E AS DIFICULDADES PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO HFB

A análise das ações educativas realizadas no HFB, possibilitada pelas entrevistas com os trabalhadores que desenvolvem esses processos no local, permitiu a percepção de diversas dificuldades que perpassam o processo de trabalho no setor da saúde. Os itens apresentados a seguir têm por objetivo sintetizar os principais problemas mencionados pelos entrevistados, referentes ao processo de realização das ações educativas e de suas condições de trabalho.

6.2.1 A Escassez de Recursos Financeiros e a Precária Infra-Estrutura Existente no HFB para o

Desenvolvimento das Ações de Qualificação

Conforme exposto no primeiro item da análise temática desta dissertação, as verbas advindas do MS para a realização das ações de qualificação não são suficientes para o atendimento das demandas de capacitação dos servidores do HFB em sua integralidade. Desse modo, esta foi uma dificuldade apontada, em unanimidade, pelos trabalhadores entrevistados. Para além dos poucos recursos financeiros destinados pelo MS, os entrevistados também citaram acerca da precária infra-estrutura existente no HFB para realização das ações internas de capacitação.

Sobre essas questões, as enfermeiras do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem salientam que:

A nossa internet é muito ruim, os equipamentos, computadores, também são ruins. É a gente não tem também uma estrutura, por exemplo, para gravar uma aula ou para fazer uma conferência grande... a gente não tem. A gente tem dificuldade de encontrar espaços (físicos) também pra poder desenvolver essas capacitações (Angela)

Falta de dinheiro, falta de recurso financeiro, porque, se você tiver, você tem como até contratar professores capacitados, não tendo a gente tem que partir para a boa vontade dos próprios servidores em ministrar as capacitações [...] A infra-estrutura disponível na instituição também não é favorável. Até porque é um prédio de oitenta anos, mais ou menos. Aonde tem que vir se atualizando de acordo com as novas normas que vão surgindo [...] Com as novas doenças, com as novas tecnologias e a gente não tem uma infra-estrutura adequada para isso. Então, na verdade, acaba sendo um monte de puxadinho, né. E, puxadinho a gente sabe que não é o ideal, mas é o que tem. Então, a infra-estrutura também não é a ideal. E aí nós temos que nos adaptar de acordo com o que a gente tem. E, infelizmente, a gente vê que em todas as esferas os hospitais estão todos sucateados, há anos. Não há esse investimento, são todos prédios muito antigos e que a gente tem que ir fazendo um puxadinho e se adaptando com puxadinho, infelizmente (Ana)

A respeito do que Ana comenta em relação a ter que contar com a colaboração dos próprios servidores, com alguma especialização em determinada área, para ministrar as ações de qualificação devido à falta de recursos, é uma prática bastante comum no local.

Assim, é a capacitação feita com a colaboração dos trabalhadores que mantém os serviços de educação do HFB funcionando. No entanto, tais servidores, que colaboram com os serviços atuando como multiplicadores nas qualificações, não recebem nada a mais por isso. Por isso, poucos aceitam colaborar, realizando as ações dentro da sua carga horária e no dia do seu plantão. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde não tem instituída nenhuma legislação que respalde o pagamento de gratificação para os servidores por encargos de curso ou concurso, o que dificulta no convencimento dos profissionais para que colaborem ministrando as qualificações.

Para além da questão dos recursos insuficientes disponibilizados pelo MS, a servidora

Bruna (ARDEP/RH) menciona que a prioridade das verbas é para contratação de qualificações para os profissionais assistenciais, visto que estes constituem o quantitativo maior de profissionais da instituição. Desse modo, as capacitações para os trabalhadores administrativos ficam relegadas a um segundo plano. Em suas palavras,

Aqui eu tenho duas partes de educação: a da área assistencial e a da área do pessoal administrativo. Só que o pessoal quando pensa em hospital pensa muito mais na área assistencial do que na área administrativa, tanto que quando a gente faz o plano de desenvolvimento anual para o ano seguinte a gente tem muito mais ações de área assistencial do que da área administrativa. Eu vejo assim que para a área assistencial as ações acabam sendo muito mais constantes. E na área administrativa, a gente tem que ficar buscando né? Porque, geralmente, o pessoal da área administrativa está mais aqui no prédio 4, que é administrativo. A gente aqui da ARDEP tem que estar sempre buscando, buscando cursos, apresentando cursos para os setores também, pedindo aos setores que também demandem para gente.

Já a entrevistada Fernanda, do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, menciona que também não recebe incentivos financeiros e não vê o apoio da gestão para a realização das ações de qualificação, mesmo o seu setor sendo subordinado diretamente à Direção. Segundo ela, os próprios profissionais dos setores acabam tendo que colocar recursos próprios para conseguir viabilizar alguns “mimos”, que funcionem como uma espécie de atrativo, para promover a participação dos trabalhadores nas ações educativas propostas pelo seu setor. Vale dizer que essa prática é bastante comum nos serviços de educação do HFB. Segundo a referida entrevistada:

Eu não percebo o apoio, nem mesmo o meu setor sendo ligado diretamente à Direção. É tudo muito de cada um. Por exemplo, a gente para fazer as capacitações, tentar tornar algumas coisas mais atrativas e conseguir uma maior atenção, por exemplo, a gente usa o nosso próprio dinheiro. Para estar produzindo, por exemplo, um álcool a 70% em um frasquinho bonitinho, personalizado. A gente já comprou carimbo e a almofada de carimbo para conseguir viabilizar os carimbos relativos à queda dos pacientes. E é tudo com recurso próprio, todas as vezes que a gente tenta algum recurso para isso a gente não consegue junto à Direção.

Angela, do Serviço de educação continuada em enfermagem, corrobora com a opinião de Fernanda quando afirma:

De um modo geral, todas as ações educativas são realizadas com recursos próprios e com a colaboração dos profissionais que existem aqui. A parte do incentivo tem vindo mais agora neste ano com a questão de algumas capacitações que o Ministério tem proporcionado com verba [...] Eu acho que falta muito incentivo, falta apoio por parte das coordenações, da gestão. Eu vejo assim: Tudo que é desenvolvido aqui é com muita, muita dificuldade. Então, assim, apoio eu acho que não tem muito. Até mesmo em relação aos equipamentos, enfim, a infra-estrutura.

Já Carlos, do Centro de Estudos, salienta ainda que

[...] faltam recursos e falta interesse do poder público em organizar a “bagunça”. Eu acho que isso aí, entendeu?

Além disso, o referido entrevistado faz um paralelo entre a motivação do investimento em capacitação realizado pelo setor privado e o investimento feito pelo setor público. Para ele:

A empresa privada ainda investe um pouco na capacitação dos seus profissionais. Mas, elas investem muito pouco ainda. Eu acho que esse é o ponto principal que acontece aqui. E isso reflete também a visão assim mais ampla da sociedade. Porque as empresas, quando elas fazem esse tipo de ação, ela está fazendo a mesma coisa que a classe média faz com seus filhos. Ou seja, eu invisto no meu filho porque eu quero o melhor para ele [...] A mesma coisa é o dono de uma empresa grande. Ele investe no funcionário porque quer que este dê retorno financeiro para ele. Mas isso não é uma política de país. E a gente, numa instituição pública, fica mais engessado ainda. Porque não tem esse investimento, não tem interesse em investir no funcionário público e nós ficamos, cada vez mais, engessados.

Sobre o recebimento do apoio para realização das ações educativas, a única opinião que se diferenciou das demais foi a da entrevistada Bruna, que atua no RH. Apesar de apontar sobre a escassez de recursos disponibilizados pelos MS para atender ao quantitativo de profissionais do HFB, conforme já mencionado anteriormente, ela considera que recebe apoio por parte da gestão, tanto da Unidade quanto no MS. Bruna diz que:

Eu percebo o apoio sim, porque quando eu tenho alguma dificuldade, alguma coisa eu vou lá, recorro a eles (Ministério da Saúde). Em relação às questões institucionais também, quando surge alguma dúvida sobre qualquer procedimento dentro de um processo de contratação, eu busco os setores ou a própria Direção para que possam me dar uma orientação. Por exemplo, o setor de contratos, de compras, etc. Agora recente, agora mesmo, surgiu uma demanda por um treinamento, só que não era para contratar uma empresa, era pra contratar uma profissional. E eu nunca tinha feito um processo deste. Para mim, seria um processo muito diferente. Então, eu já tinha feito contato com a pessoa lá da assessoria da direção, explicando que estava com esse processo e que eu precisaria sentar com ela para ter uma orientação de como fazer para montar esse processo e contratar esse curso e nós conversamos [...] Quanto ao Ministério da Saúde, eu acredito que também tem apoio também porque temos visto a liberação do dinheiro, querendo ou não.

Uma outra questão que deve ser mencionada e que também está relacionada aos baixos investimentos, é a dificuldade em dar continuidade às ações iniciadas. Pois, por mais que ocorram capacitações que visem, por exemplo, introduzir uma determinada rotina ou o uso de um novo equipamento ou insumo, muitas vezes, as ações não têm prosseguimento porque não há investimento institucional para viabilizar a sua continuidade ou, até mesmo, esta deixa de ser realizada pela falta daquele insumo ou equipamento na instituição. Sobre essa questão da falta de insumo, o entrevistado Pedro, da CCIH, menciona o seguinte:

A gente percebe, às vezes, a falta de adesão a determinadas práticas. Algumas vezes é por ter uma descontinuidade de fornecimento de determinados insumos. Então, isso também prejudica. E que a gente entende, muitas vezes, que não é nem por falta de verba pra aquisição... É mais por falta mesmo de uma organização para aquisição desses insumos, uma gestão para evitar que eles faltem. Isso às vezes também é uma coisa meio complexa, porque assim, a rotina depende que o profissional tenha determinado insumo, determinado material para poder executar a assistência da forma ideal. Então, se aquilo está em falta, realmente é difícil para que ele consiga executar da melhor forma.

Um outro agravante que dificulta, muitas vezes, a continuidade das ações são as sucessivas trocas de gestão a que o HFB está submetido. Este processo leva a um engessamento dos processos de trabalho e ocorrem também quando há alteração de gestão em nível central,

ou seja, mudança no Ministro da Saúde. Sobre essas constantes mudanças, é importante destacar que, conforme notícia veiculada no site Carta Capital¹⁵, durante o Governo do Presidente Jair Bolsonaro, no decorrer na pandemia da Covid-19, já foram nomeados quatro Ministros da Saúde, entre eles, está o atual Ministro Marcelo Queiroga. Como o cargo de direção dos Hospitais Federais é cargo de confiança do Ministro da Saúde, na maioria das vezes, quando um novo ministro assume há também alterações de Direção nesses locais. Consequentemente, mudando a Direção há também mudança nos coordenadores dos serviços.

A respeito deste tema, a entrevistada Bruna, do RH, comenta que

A nível máximo da gestão, nível máximo de Brasil, quando muda o presidente, os processos param todos. Mas a nível local a gente esbarra muito também quando tem as mudanças aqui dentro, né? Quando muda a direção. Quando muda o ordenador de despesa os processos ficam parados porque todos passam por ele. Então, muda diretor, muda o ordenador de despesa, muda o coordenador. E aí, não tem um substituto, não tem o que fazer, o hospital para. Toda troca de gestão tem isso né? Então, tem coisa que você vai conseguir seguir e aquelas que vão depender da assinatura dessas figuras para os processos correrem e quando envolve verba essas pessoas todas tem que assinar. Então, os processos ficam engessados. E, quando muda a gestão, principalmente no início do ano, até a pessoa chegar, entender como funcionam os processos. Falo do próprio Ministério da Saúde quando troca, até o ministro novo conhecer aquilo, resolver quais vão ser as diretrizes, decidir o que é prioridade e o que não é, a gente fica meio que parado esperando as coordenadas. Mesmo quando essas coisas acontecem a um nível mais alto da gestão (Ministro da Saúde), até quem está aqui no nível local, da gestão mesmo (Direção do HFB), fica aguardando. Até o chefe lá, o responsável pela Superintendência do RJ (antigo NERJ) fica apreensivo. Imagine a gente aqui na nossa humilde condição de servidor. A gente subentende que fica todo mundo apreensivo sem saber se vão continuar ou não. E aí, cada um vai agir da forma que achar que é mais coerente.

Assim, devido às trocas de gestão interna e externa, os trabalhadores acabam encontrando dificuldades para desenvolver os processos de trabalho que já estavam em andamento e, com isso, acabam também não tendo autonomia para dar continuidade a estas ações.

Uma outra limitação relacionada aos recursos que precisa ser destacada diz respeito à dificuldade de contratação de ações educativas que não sejam pelo processo de dispensa de licitação, cujo teto máximo é de até R\$ 8.000,00 por contrato. Segundo explicação Bruna,

A forma de contratação é por Dispensa de Licitação (DL), que é limitada a um teto máximo. É algo em torno de R\$ 8000,00. Está para sair uma nova legislação que vai mudar esse valor. Até hoje não conseguimos contratar por meio de pregão, devido a burocracia exigida no processo. Além disso, a gente não pode fazer várias DLs para a mesma situação. Eu posso fazer várias DLs ao longo do ano de curso. Mas cada curso é uma especificação. Eu não posso fazer três DLs no ano para a mesma coisa [...] Se eles me autorizam a executar tudo, eu preciso tentar executar o máximo possível.

¹⁵ Notícia veiculada no site Carta Capital no dia 15/03/2021. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/quem-e-marcelo-queiroga-o-quarto-ministro-saude-pandemia/>>. Acesso em: 06 jun. 2022.

Então, eu tenho que ter um limitador. Por exemplo, o curso de ACLS. E tem uma outra questão também, a gente também esbarra na questão das formas de contratação. A gente faz as contratações aqui por DL (Dispensa de Licitação). Porque na DL você não precisa abrir a concorrência né? Você pode fazer, você deve ter mais empresas oferecendo, mas assim, você consegue escolher a que melhor te atende.

Todos os aspectos salientados pelos trabalhadores entrevistados traduzem as dificuldades vivenciadas no HFB em relação aos baixos investimentos financeiros para o desenvolvimento das ações de qualificação, cabendo destaque para: o quantitativo de verbas advindas no MS que não são suficientes, as precárias condições de infra-estrutura existentes no HFB e às mudanças de cunho político que impactam no engessamento dos processos de trabalho e na continuidade das ações. Soma-se a isto o fato dos gestores não compreenderem a importância das ações educativas e não oferecem o apoio necessário para o atendimento às especificidades dos setores no desenvolvimento de tais ações.

Essas questões constituem-se como sérios fatores restritivos para o desenvolvimento das ações educativas no HFB e, conseqüentemente, comprometem a criação de propostas inovadoras que propiciem mudanças no local e nos processos de trabalho em saúde.

6.2.2 Os serviços de educação do HFB, a fragmentação do trabalho e o problema de comunicação entre os serviços

Há no HFB diversos setores que desenvolvem ações educativas e que são subdivididos de acordo com as categorias profissionais, as quais atendem. São pelo menos cinco setores da instituição que dedicam a maior parte dos seus esforços no desenvolvimento de ações de qualificação para os trabalhadores da Unidade, sendo eles: a Educação Continuada em Enfermagem, o Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP), a ARDEP (Área de Desenvolvimento de Pessoal), a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Conforme apontado no capítulo referente aos aspectos teórico-metodológicos, o quantitativo total de profissionais de cada um desses setores pode ser assim discriminado: Educação Continuada em Enfermagem (5), Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa (15), Área de Desenvolvimento de Pessoas, ligada à Gestão de Pessoas (2), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (9) e Assessoria de Qualidade e Segurança (3). Desse total, para atender aos objetivos da pesquisa foram entrevistados um total de 09 trabalhadores, sendo: 2 (dois) enfermeiros do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, 3 (três) integrantes do Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa, dos quais um é administrador, um é enfermeiro e um é médico; 2 (dois) agentes administrativos da Coordenação de Gestão de Pessoas, 1 (um) médico da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e 1 (um) enfermeiro

da Assessoria de Qualidade e Segurança.

É importante mencionar que encontra-se localizado no CEAP, o Departamento de Educação Permanente que, teoricamente, deveria desenvolver as propostas de educação permanente de cunho multiprofissional no HFB. No entanto, este Departamento não tem realizado nenhum tipo de ação nesse sentido já há alguns anos devido a sua série de questões políticas e administrativas (principalmente, relacionadas à falta de pessoal e à vontade política), que geraram a paralisação nas ações do setor. Assim, no período de realização deste estudo, foram entrevistados três profissionais lotados em outros Departamentos do CEAP que também desenvolvem ações educativas.

Acerca do trabalho desenvolvido, de um modo geral, por cada um dos setores responsáveis pela realização de ações de capacitação, a entrevistada Angela, do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, sistematiza bem as ações desenvolvidas. Segundo ela:

A educação continuada, que é setor que atuo, desenvolve ações de capacitação para a área de enfermagem. Normalmente, são coisas que emergem da prática. De necessidades pontuais ou então aqueles temas que a gente já sabe que precisam ser sempre lembrados, reforçados, né. E, sempre que tem alguma novidade a gente também procura trazer alguma alteração de protocolos, protocolos internacionais ou então até ações, por exemplo, em relação ao manuseio de equipamentos, né... Mas assim, nesse sentido. Tem a comissão de infecção (CCIH) que desenvolve treinamentos relacionados ao controle de infecções. Tem algumas ações que o setor de qualidade faz em relação a alguns protocolos, algumas metas internacionais que são oferecidas aos profissionais. E, que eu me lembro, tem também o EADES (Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde) que também faz ações de educação, porém voltadas para os pacientes e suas famílias. Tem também o RH que realiza ações voltadas para o pessoal administrativo [...] E, eu sei que tem um setor de educação permanente aqui, mas que, na verdade, ele atua dissociado, por exemplo, do setor onde eu trabalho. E eu vejo que é um setor que está mais apagado, digamos assim, pois não tem desenvolvido ações.

Os demais entrevistados não abordaram tanto sobre o trabalho de todos os serviços, se fixando mais nas ações desenvolvidas pelo próprio setor onde atuam. No entanto, a fala da entrevistada Angela dá indícios de que as ações de capacitação realizadas pelos serviços para os profissionais de saúde da Unidade reforçam o modelo de assistência individualizada, segundo a qual as ações são fragmentadas de acordo com as demandas de capacitação de cada categoria profissional. .

Mesmo compreendendo que cada área assistencial tem suas demandas e necessidades de conhecimentos específicos, considera-se que a fragmentação em setores específicos dificulta a realização do trabalho em equipe, a valorização das atividades multiprofissionais, bem como a concepção de integralidade da própria saúde.

Soma-se a fragmentação das ações de capacitação realizadas no HFB, a grande dificuldade de comunicação existente entre os mais diversos setores. O tamanho do HFB, seu

quantitativo de trabalhadores e o número de serviços que o constituem influenciam para agravar o problema. Desse modo, os profissionais acabam tendo que desenvolver suas ações de forma isolada, sem trocarem informações acerca das dificuldades enfrentadas e das iniciativas bem sucedidas.

Sobre essa questão, a entrevistada Ana, que atua no serviço de educação continuada em enfermagem, informou que

[...] esse problema de comunicação é muito ruim, porque identifica (o problema), mas não retorna. Ou, se retorna, retorna para uma determinada equipe e essa equipe também não repassa para as outras. Então esse problema de comunicação eu acho que como um todo tem que ser melhorado... É muito, muito difícil a comunicação existente.

A entrevistada Fátima, que trabalha com a residência de enfermagem no CEAP, também compartilha da visão de Ana, na medida em que afirma:

[...] hoje em dia, a gente vê que cada um está por si. As ações são fragmentadas, eu venho, cumpro o meu trabalho e não quero ver se o outro dali do lado está doente, se está com problema. Eu vim cumprir o meu só, então, infelizmente, são muitos desafios.

O entrevistado Carlos, do CEAP, destacou ainda que este problema de comunicação não é apenas entre os setores internos, como também entre o próprio HFB e o MS. Em suas palavras,

Eu acho também que tem esse problema de comunicação entre a instituição e o próprio Ministério da Saúde em Brasília. Porque a gente fica meio confuso... não dá para entender onde está o problema. Porque se diz que tem verba, mas a gente não consegue utilizar porque cai em algumas exigências e, às vezes, a gente não consegue porque o tempo também que passam para gente não é hábil (tempo para o processo de contratação tramitar). Então também eu acho que há esse problema de comunicação.

Sobre a questão da fragmentação do trabalho e do grave problema de comunicação existente entre os serviços, que também ocorre em decorrência da fragmentação, é importante destacar que a prática do trabalho fragmentado nos serviços de saúde reflete a influência do modelo de organização taylorista-fordista¹⁶, que ganhou força após a segunda guerra mundial, o qual impôs as organizações à necessidade de uma maior racionalização, padronização e hierarquização do trabalho na saúde, bem como maior especialização médica e fragmentação científica e tecnológica (BRAGA; PAULA, 1981).

Assim, a organização do trabalho, especialmente no ambiente hospitalar sofre, até hoje,

¹⁶ Esse modelo de organização da produção foi apropriado e aprimorado por Henry Ford, passando a ser denominado de modelo taylorista-fordista, ou fordismo. Conforme Santana e Ramalho (2010, p.15), as características principais eram: “separação entre concepção e execução, fragmentação/rotinização / esvaziamento das tarefas; a noção de um homem/uma tarefa com especialização desqualificante; o controle do tempo de execução das tarefas estritamente orientadas por normas operacionais em um processo onde a disciplina se torna o eixo central da qualificação requerida; pouca ou nenhuma aceitação do saber dos trabalhadores tendo em vista contribuir para a melhoria do processo produtivo, e, conseqüentemente, do produto”.

forte influência desse modelo de administração clássica, com viés fortemente burocrático. Atualmente, a organização do trabalho nos serviços de saúde, pautado na lógica do gerencialismo, mantém esse funcionamento do trabalho de forma fragmentada ao separar, por exemplo, a gestão da atenção.

Ao abordar sobre os processos de EPS, CECCIM (2004) aponta que inovar nos processos de formação dos trabalhadores da saúde significa romper os tradicionais modelos de formação caracterizados por linhas de capacitações que respondem à fragmentação do processo de trabalho, dificultando a apreensão da complexidade que envolve o processo saúde-doença. Nesse sentido, a superação do entrave da fragmentação das ações é essencial para que se consiga realizar no HFB ações educativas elaboradas de forma dialógica e coletiva em prol da assistência prestada aos usuários e aos próprios trabalhadores.

6.2.3 As ações educativas realizadas no HFB e sua influência na mudança da prática

Como dito anteriormente, as ações educativas desenvolvidas no âmbito do HFB, visam, na maior parte das vezes, colaborar com o aprimoramento técnico dos trabalhadores, principalmente, os assistenciais, e se almeja que as mudanças na prática sejam implementadas a partir deste aprimoramento.

No âmbito do HFB são realizadas diariamente diversas ações educativas pelos mais diversos serviços para as diferentes categorias profissionais. Resumidamente, essas ações são classificadas como: capacitações (realizadas em auditório e dentro dos próprios serviços (“in loco”), cursos de atualização, seminários, palestras, encontros, simpósios, sessões clínicas, rodas de conversa feita nos setores (no caso da enfermagem, é denominada de “café com a enfermagem”), além da Semana de Enfermagem, da Medicina, entre outras. Na maioria das vezes, essas ações são realizadas pelos serviços de educação da instituição ou com a ciência destes. No entanto, como trata-se de um hospital muito grande, às vezes, as ações são realizadas de forma independente pelos próprios serviços, sem que os serviços de educação sejam informados.

A fim de analisar a efetividade dessas ações na modificação da prática profissional, uma das perguntas que compôs o roteiro de entrevistas, foi se os trabalhadores entrevistados percebem mudança na prática dos profissionais de saúde a partir das ações de qualificação desenvolvidas.

A grande maioria, apesar de afirmar que observa mudanças, considera que estas ocorrem

de forma temporária. A entrevistada Ana, do serviço de educação continuada em enfermagem, considera que

A mudança na prática só é observada de imediato, a longo prazo, muitas vezes, ela vai perdendo. Eu percebo que assim: quando o profissional vem, que aí aquele assunto é levantado, é discutido, eles chegam lá na ponta e realizam. Mas, com o passar do tempo, parece que vai caindo no esquecimento e aquilo deixa de ser feito, muita das vezes. Não são todos. Mas, aquilo vai se perdendo. É impressionante, precisa ser uma constante ali, estar sempre lembrando, por isso a importância também da realização dos POPS (Protocolos Assistenciais), das rotinas, para estarem sempre ali.

A entrevistada Fernanda, do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, demonstrou compartilhar da opinião de Ana, ao afirmar que:

O que a gente verifica no setor é que sim (ocorre a mudança). A gente consegue, por exemplo, quando a gente vai falar sobre notificação, tentar incentivar o número de notificações. Logo depois do treinamento, durante um período, a gente tem um aumento considerável (de notificações) e depois volta a ter uma queda. Então, a gente sente a necessidade de estar periodicamente relembando os conceitos, refazendo as capacitações, trazendo atualização. Porque quando a gente passa, consegue um pico no início e depois volta a cair (o número de notificações). Então, a gente vai repetindo os temas, vai repetindo as ideias para que seja construída a técnica, enfim, construir uma cultura até que não seja mais necessário ficar falando sobre aquilo.

O entrevistado Carlos, do CEAP, também opina sobre essa questão ao afirmar que:

Tem um pessoal que chegou cru aqui. E aí com a própria experiência e também com as capacitações oferecidas aqui, elas foram se aperfeiçoando e melhorando a sua assistência. Eu acho que também acontece na residência médica. Tem uns residentes muito bons e que tem um estafe também muito bom que repassa os conhecimentos [...] Então, respondendo a sua pergunta, eu vejo mudanças, eu vejo melhora, mas eu acho que é mais na base da necessidade do profissional. Eu não estou desvalorizando a ação, a ação é muito boa, é favorável, mas eu ainda acho que nós não podemos nos contentar só com o bom. A gente tem que querer ser sempre melhor.

A partir dessas falas, percebe-se que as ações de capacitação realizadas não geram mudanças de forma efetiva na prática dos profissionais da assistência, apesar de contribuírem com o aperfeiçoamento técnico destes. Devido a isso, os sujeitos entrevistados consideram que há a necessidade de ficar repetindo uma determinada capacitação, de tempos em tempos, para que os profissionais não esqueçam o que foi abordado.

Talvez isso ocorra pelo fato de que ações de educação desenvolvidas não são construídas com base na discussão com os trabalhadores sobre as suas necessidades de aprendizagem, mas, sim, impostas a partir de demandas externas a eles. Nesse sentido, as alterações na prática são efetuadas apenas temporariamente. A opinião da entrevistada Angela, do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, demonstra essa questão da falta de debate e construção coletiva das ações junto aos profissionais que estão em atuação na ponta. Em suas palavras,

Eu acho que da forma como está sendo desenvolvida não é uma coisa que é discutida entre os pares, né [...] Dessa forma como é desenvolvida não acontece mudança de processos de trabalho porque não é uma coisa assim construída. Porque, normalmente,

o que vem são coisas já prontas para serem desenvolvidas pela ponta, mas alguma coisa assim que seja construída que eu me lembre não acontece ainda não.

Nesse sentido, cria-se um impasse em torno das ações de qualificação, pois as mesmas são realizadas para que haja um aprimoramento da prática, da técnica, visando que isto, por si só, produza as mudanças necessárias nos processos de trabalho. No entanto, tais mudanças não se tornam uma realidade no local, tendo em vista que, para além da técnica, é necessário criar as condições concretas para que as modificações possam ser implementadas de forma permanente na prática assistencial.

As ações educativas, em conformidade com os princípios que as orientam, limitando-se a encher os profissionais de conteúdos técnicos e não problematizam os processos de trabalho e nem discutem sobre as possíveis soluções para os problemas enfrentados. Desse modo, acabam colaborando para a manutenção do *status quo* das condições de trabalho e não para a sua transformação. Assim, a noção de que apenas a oferta de ações de qualificação será suficiente para provocar mudanças na prática é ingênua e imputa aos próprios trabalhadores a responsabilização sobre as mudanças quando, na realidade, essa questão envolve diversos outros fatores que passa, entre outras coisas, pelo oferecimento de condições materiais adequadas e pela implementação de melhorias nas condições de trabalho.

6.2.4 A baixa participação dos trabalhadores assistenciais do HFB nos processos de qualificação propostos

Além dos problemas relacionados à fragmentação dos serviços que compõem o HFB, dos baixos investimentos nas ações de qualificação, do pouco apoio da gestão, do problema de comunicação entre os setores, da dificuldade em dar continuidade às ações iniciadas e da baixa efetividade das capacitações na mudança da prática, outra questão amplamente reforçada pelos entrevistados está relacionada à baixa participação dos profissionais de saúde nas ações de qualificações internas que são desenvolvidas para eles. Os entrevistados consideram, em sua maioria, que isto se deve à falta de interesse dos trabalhadores em estar se qualificando.

Na visão de Angela, do serviço de educação continuada em enfermagem,

[...] tem também a dificuldade da própria participação das pessoas que, muitas vezes, as ações são marcadas e as pessoas acabam não comparecendo. Não há público, né. As pessoas não vêm. Elas não valorizam as ações que são desenvolvidas para elas mesmas. E, muitas vezes, não é por falta de, como é que se diz, de interação com elas porque, assim, nós passamos formulários de demandas, conversamos com as pessoas para ver quais seriam os temas de interesse. E, mesmo assim, elas acabam não vindo. Mesmo sendo um tema que foi muito pedido por eles. Muitas vezes, a gente não tem um público satisfatório do jeito que a gente gostaria porque as pessoas não vêm [...] Eu acho que não consideram importante, sabe?

Já Ana, que também faz parte da equipe de Angela, aponta que:

Às vezes, a gente vê que a pessoa, infelizmente, trabalha no serviço público e acha que não tem necessidade de participar dos treinamentos. Mas, essa mesma pessoa, trabalha no hospital particular e participa” (...) “Então, eu acho que poderia ter um envolvimento das pessoas, principalmente, dos gestores e dos coordenadores dos setores no sentido de incentivar a participação dos funcionários. Eu acho que deveria ter um envolvimento maior. As pessoas teriam que ter um compromisso com essa questão da participação.

Para Joana, do RH,

A dificuldade que eu percebo é a participação das pessoas. Porque as pessoas eu acho que, muitas vezes, querem o curso, querem a capacitação, mas não se comprometem na realidade, entendeu? Porque você viu os cursos aí [...] muita gente queria. A chefia pediu umas cinquenta vagas para um curso, aí quando o curso é contratado você quer cinco pessoas para ir e não tem. Eu acho que falta comprometimento dos servidores com os cursos. Então, é um desafio para gente é isso. A gente formar aquele quórum para participar dos cursos.

A entrevistada Bruna, que trabalha com Joana no RH, aponta um fator que também dificultou a participação dos trabalhadores nas ações, principalmente nas capacitações externas, ou seja, aquelas cursadas fora da Unidade. Para Bruna,

[...] a gente tem a questão também do ponto eletrônico que restringiu [...] A gente só consegue participar porque já existem códigos disponibilizados para capacitação. Tem códigos para ações que são o dia inteiro e aquelas ações que vão tomar só parte da sua carga horária. Ou seja, você vai fazer uma ação de capacitação fora e pode voltar para o trabalho, eles (o MS) chamam isso de capacitação em serviço.

A fala de Fernanda, enfermeira do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente, também aponta como uma dificuldade a falta de motivação dos profissionais em participar das capacitações. Segundo ela,

Eu acho que uma dificuldade é que o profissional não se sente motivado em participar. Muitas das vezes eles vão (para os treinamentos) não porque eles querem, não porque é uma vontade. Não é um desejo pessoal deles, é porque foi combinação dele com a chefia, né. Falou que tem que ir, eles vão [...] Então, hoje em dia eu acho que é muito complicado você conseguir o interesse e a atenção dos profissionais como um todo. Isso, levando em consideração que a gente está falando da equipe de enfermagem, que é uma equipe mais disponível para esse tipo de ação, na minha opinião, porque quando a gente mistura outros profissionais, quando a gente vai pensar em capacitar a equipe médica, capacitar os residentes, fisioterapeuta, assistentes sociais, a gente não encontra o interesse tão grande das coordenações em preparar a equipe para escutar. Então, assim, é difícil porque as pessoas não estão interessadas. Não demonstram interesse pelo que a gente tem para passar.

Além disso, a questão da restrição da participação gerada pela implantação do ponto eletrônico no HFB também foi apontada por Fernanda por gerar uma menor flexibilidade dos profissionais para participar das ações ofertadas. Para ela,

[...] antigamente, a gente tinha o poder da barganha. A gente conseguia que a pessoa viesse fora do seu dia que a gente dava uma folga em um outro dia, hoje em dia não

tem como por causa do ponto eletrônico.

A entrevistada Angela, também salienta que a questão da falta de interesse dos profissionais está relacionada a outras questões que envolvem o processo de trabalho em saúde. Em sua opinião, os profissionais não participam

[...] também porque alguns se encontram desmotivados por conta das situações de sucateamento da saúde. Então, muitas pessoas se encontram desmotivadas.

Na visão do entrevistado Carlos, do CEAP,

A necessidade das pessoas está falando mais alto, a necessidade do dia a dia delas está falando mais alto do que o futuro. As pessoas estão vendendo o jantar para comprar o almoço. Não estamos investindo no que deveríamos investir que é nas condições de vida. As pessoas precisam ter condições para sobreviver. E aí, com isso, elas não conseguem ter tempo e nem cabeça para estar investindo no seu conhecimento, principalmente, nas instituições públicas.

A entrevistada Fátima, que trabalha com a residência de enfermagem no CEAP, destaca que

[...] eu vejo, que o que acontece não é desrespeito, nem despreparo, mas meio que um entre aspas, ‘descaso’ do funcionalismo [...] Na verdade, as pessoas estão desestimuladas, desmotivadas! E acho que entra muito pelo lado financeiro. Que as pessoas, nós, do Ministério da Saúde, não temos o plano de cargos e salário. E isso acaba né, sendo mais um fator para desmotivar as pessoas para estar se capacitando, não é isso? Os locais que existe esse estímulo, né, as pessoas vão um pouco mais motivadas para participar das ações. Eu sempre falo que do lado aqui a gente tem ‘o primo rico’ que é a Fioacruz. Acho que lá noventa e cinco por cento dos funcionários têm doutorado. Porque tem um estímulo, é considerado Ciência e Tecnologia pelo MS. Agora, aqui, você faz um doutorado, você se esforça, você estuda, você corre atrás e você não é nem dispensado. Você tem todo um custo e você tem que compensar a carga horária. Além de estudar, você tem que resolver as questões de plantão porque você não tem a dispensa. E aí, depois, é uma vitória mais pessoal do que profissional. Claro que, tudo que você aprende é bom e melhora a sua vida.

Já a entrevistada Paula, coordenadora da residência médica no CEAP, também relaciona que a falta de interesse e a desmotivação tem haver com a falta de incentivos financeiros.

Segundo ela,

A falta de um plano de cargos e salários que desmotiva as pessoas de estarem sempre procurando se capacitar [...] Outra coisa que eu percebo que desanima muito. As pessoas me questionam porque eu fiz doutorado. Porque, como posso dizer, a gente não tem investimento e nem plano de cargos e salários aqui né? As pessoas que fizeram mestrado e doutorado, fizeram por vontade de cada um e não por um incentivo institucional. Porque você não vai ganhar nem um real a mais por ter feito um curso. Então, foram muitas noites, muitos dias, muitos feriados, muitos natais, tendo que aproveitar para estudar porque eu queria muito aquilo né? Mas, eu acho que se houvesse um programa institucional ou Ministerial, enfim, que desse esse tipo de apoio para gente, como outros locais têm né? O estímulo realmente seria outro. A gente procuraria assim dar mais gás, né? Porque saberia que aquilo ia te dar um retorno financeiro no futuro, né? É o que você perdeu, nesse tempo todo estudando, valeria a pena. Mas, a gente não tem isso.

Na visão de Pedro, coordenador da CCIH, a questão da baixa participação e da desmotivação ocorre porque

Há uma desmotivação, especialmente voltada pela questão do profissional estar sobrecarregado. E a gente sabe quando um profissional está sobrecarregado na assistência porque ele deixa de aderir justamente às recomendações, a questão da higienização das mãos, a questão da precaução, né? E a gente entende que é difícil realmente [...] a baixa adesão dos profissionais a determinadas práticas seguras ocorre por, muitas vezes, não haver os insumos necessários na Unidade. Isto causa também a desmotivação dos profissionais em participar do treinamento e saber que não poderá contar com determinado insumo de forma constante.

Quando perguntado se considera que a falta de incentivos financeiros influencia na desmotivação dos profissionais ele considera que sim, mas que ela está mais relacionada à sobrecarga de trabalho. Em suas palavras,

É engraçado que nos treinamentos que nós temos feito a gente não tem notado essa queixa tão grande em relação à questão salarial. Não é que eu considere que seja uma questão que não tenha importância, mas, eu acho que a gente nota mais é a queixa da sobrecarga por falta de RH. Então, o profissional se sentindo sobrecarregado na sua função, ele não se sente motivado a participar. Mas, é claro que, certamente, a questão salarial também influencia.

A entrevistada Fernanda do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente também apontou que a questão da desmotivação, extrapola a questão meramente financeira. Em sua opinião,

A desmotivação eu não acho que seja só pela questão financeira. Eu acho que assim, não sei nem dizer, eu acho que o momento que a gente vive ele está criando e gerando uma onda de insatisfação em relação a tudo. E, obviamente, em qualquer área. Com a pandemia, piorou mais ainda. A vida profissional não ficou de fora. A pandemia realmente gerou tipo um desgaste emocional muito grande e financeiro também para algumas famílias. Isso afeta o seu bem-estar, afeta a sua forma de interagir, de viver, faz com que algumas pessoas que também tiveram muitas perdas emotivas ficasse mais difícil ainda de se sentirem motivadas. Então, eu acho que é uma série de fatores não é só questão financeira. Apesar de ela influenciar bastante, eu acho que não é só isso.

Frente ao exposto, percebe-se que a questão da desmotivação apareceu de forma veemente na fala dos entrevistados como um fator que influencia para a baixa adesão dos trabalhadores às ações de qualificação propostas. Assim, esse problema se dá não somente pela falta de interesse dos trabalhadores em participar das referidas ações ou por considerarem que já possuem os conhecimentos necessários à prática, mas, principalmente por estarem desmotivados e sobrecarregados diante de um contexto de precarização de suas condições de trabalho. Portanto, diversos fatores externos e internos corroboram para a desmotivação percebida nos trabalhadores do HFB. No próximo item, serão apontados alguns desses fatores.

6.2.5 Aspectos relacionados às penosidades e à precarização do trabalho no HFB

O HFB, assim como as mais variadas unidades de saúde brasileiras, vivencia processos de sucateamento do sistema único de saúde, como consequência da ganância dos capitalistas

pelo lucro no contexto do neoliberalismo.

Logo, todas as dificuldades mencionadas pelos entrevistados ao longo deste capítulo, evidenciam o sucateamento do SUS e a precarização do trabalho em saúde, fruto das mazelas do capital. Conforme expressa Morosini (2016, p.5),

Ainda que não se configure necessariamente num trabalho produtivo, o trabalho em saúde conforma um campo específico de contradições entre as necessidades e os direitos dos trabalhadores em geral e do próprio trabalhador da saúde e os anseios por lucro dos capitalistas que investem na conversão generalizada de todos os âmbitos da vida humana em mercado. Sob esta tensão permanente, desenvolveu-se o trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que, há duas décadas e meia, disputa com o setor privado as políticas públicas de saúde no Brasil, simultaneamente à conversão neoliberal do Estado. Nesse contexto, a precarização tem se constituído de várias formas.

Nesse sentido, observa-se no contexto do trabalho em saúde diversas questões que possuem rebatimentos direto sobre os trabalhadores. No caso do HFB, um grave problema, apontado pelos entrevistados e que é vivenciado há anos, diz respeito ao déficit de recursos humanos. Como dito no capítulo anterior deste estudo que buscou contextualizar o HFB, o último concurso público para contratação de profissionais da área da saúde ocorreu no ano de 2005. Portanto, até os dias atuais, já são 17 anos sem a reposição desses trabalhadores em caráter efetivo.

De acordo com Azevedo e Sá (2013), nas últimas décadas, os hospitais públicos brasileiros têm sido alvo de sucateamento e desinvestimento, principalmente em relação aos recursos humanos.

Como dito, a falta de recursos humanos no HFB é gritante na área assistencial, mas também é observada em outras áreas na Unidade como, por exemplo, na área administrativa, cujo último concurso foi realizado em 2010. A fala da entrevistada Ana, enfermeira do serviço de educação continuada em enfermagem, revela acerca da escassez de profissionais, inclusive para atuar nos setores que desenvolvem as ações educativas. Em suas palavras,

Nós somos um hospital geral (o HFB), nós temos maternidade, emergência, clínica cirúrgica, clínica médica, oncologia, etc. Então é bem complexo. Essa é uma das coisas que nos dificulta até para estar fazendo mais trabalhos educativos. O quantitativo de pessoas no próprio serviço de educação continuada e também no próprio centro de estudos é pequeno... São poucas pessoas para um hospital tão grande. Sei lá, hoje eu não sei o número certo aqui no setor, mas, logo que eu comecei aqui, em 2010, era uma enfermeira, uma técnica em assuntos educacionais e um administrativo. Nós (pessoal da enfermagem) éramos em torno de mil e seiscentos no total. O total geral do hospital devia ser de três a quatro mil funcionários. Então, quem trabalhava nos setores de capacitação, não tinha pernas para tudo isso. Hoje, eu não sei como está. Mas, eu imagino que não seja muito diferente.

Como se pode notar, há um grande déficit de profissionais de todas as áreas na realidade estudada. Para tentar amenizar tal déficit, a estratégia adotada na instituição (porém, que não

resolve de fato o problema) foi o estabelecimento de contratos temporários da União (CTU) e também de contratação de empresas terceirizadas. No contexto do neoliberalismo, a terceirização é uma das maneiras do setor público beneficiar a iniciativa privada, por meio da transferência de recursos públicos para o setor privado.

Importa salientar que o trabalho precarizado é uma das características mais marcantes destas formas de contratação, nas quais prevalecem “a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei” (PIRES, 2008, p.319).

Diante desse cenário, observa-se que a mão de obra atualmente existente no HFB é múltipla. A entrevistada Bruna, do RH, aborda sobre essa questão quando fala da inviabilidade de contratar capacitações pagas pelo MS para os profissionais terceirizados. Segundo ela,

[...] agora a força de trabalho do Ministério da Saúde é uma força de trabalho muito mista hoje. Então você vai ter servidor, você vai ter o temporário (CTU) e você vai ter o terceirizado. O terceirizado está sentado na sala junto com uma equipe que é de servidor e ele não pode fazer um curso pago pelo Ministério [...] Aí fica mais difícil ainda para você conseguir atingir aquele público que também faz o mesmo trabalho que você e ele não vai ter aquela mesma visão daquilo que foi aprendido no curso. Cabe ao servidor que for fazer o curso, quando chegar, socializar as informações com todo mundo. Então, assim, você tem três tipos de vínculos diferentes dentro de uma mesma Instituição. É um dificultador também essa questão.

Cabe destacar que o déficit no quantitativo de pessoas interpõe-se no desenvolvimento da assistência, pois, como os profissionais de saúde não têm muito tempo disponível participar das ações de qualificação propostas e, estes, também vivenciam uma grande sobrecarga de trabalho nos serviços, aumentam-se os riscos para os pacientes e as chances de erros, visto que, além dos conhecimentos desses profissionais irem ficando defasados, a sobrecarga de trabalho também pode influenciar nesse sentido. Ademais, o estresse e cansaço físico e mental desses trabalhadores interferem tanto em sua prática na assistência quanto em sua aprendizagem e na perda da motivação para buscarem o seu aperfeiçoamento profissional.

Uma outra questão que apareceu na maioria das falas dos entrevistados relacionada à desmotivação foi a falta de valorização profissional, seja através da inexistência de incentivos internos como, por exemplo, através do benefício da folga, seja pela inexistência do PCCS para que os trabalhadores busquem se qualificar mais.

A questão da inexistência de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) foi trazida por todos os entrevistados como um fator que influencia preponderantemente para a desmotivação dos profissionais. Essa desmotivação se reflete não apenas na baixa adesão dos profissionais às capacitações internas e externas oferecidas pelo hospital, como também na busca individual de cada um, no sentido de procurar se qualificar mais, através de cursos, de uma graduação ou até mesmo por meio de especializações *lato-sensu* ou *stricto-sensu*.

Como mencionado pelos entrevistados, o servidor pode ter o curso que for, ter o conhecimento mais especializado que for, mas ele não vai ganhar nem um real a mais no seu salário em função disto. Assim, os profissionais que procuram se especializar, em nível de mestrado e/ou doutorado, o fazem por motivação própria e não por galgar melhorias salariais e profissionais na instituição.

É necessário mencionar que essa pauta do PCCS é uma antiga reivindicação dos trabalhadores para o Ministério da Saúde, porém, atualmente, parece estar esquecida nos discursos políticos. O que se ouve na instituição é que o MS não aprova o PCCS para os trabalhadores da saúde federal porque estes constituem o maior quantitativo de servidores do executivo federal e que o governo não possui recursos para arcar com mais esta despesa. Cabe destacar que somente os hospitais da rede federal considerados como Ciência e Tecnologia como, por exemplo, o INCA e também a Fiocruz já possuem seu PCCS em andamento. No HFB, isto ainda segue no plano dos sonhos. Porém, tal situação nos permite observar que dentro de um mesmo Ministério (o da Saúde) ocorre uma diferenciação salarial entre os servidores a depender da instituição onde atuam e, isto, é mais uma das mazelas do sistema capitalista e da proposta gerencialista para a saúde que pretende diferenciar os servidores com base na meritocracia.

Na perspectiva de Azevedo (2013) existe um movimento duplo nessa conjuntura, que envolve a tendência em delegar funções governamentais para entes privados (através de terceirizações, por exemplo) e de um desinvestimento na força de trabalho (como, por exemplo, a falta do PCCS), que contribuem para a desvalorização do serviço público e de seus trabalhadores, aumentando assim a precarização dos vínculos e das condições de trabalho. Esse duplo movimento se situa no contexto de reestruturação produtiva neoliberal e do seu não cumprimento de regras de proteção social do trabalho, acentuando-se os valores pautados no individualismo, na disputa e na busca imediata por resultados.

Assim, para além do déficit de recursos humanos e dos diferentes vínculos de trabalho existentes no HFB, da sobrecarga de trabalho e da falta de valorização profissional, as propostas de viés gerencialista e produtivista na saúde ganham cada vez mais força e introduzem no processo de trabalho mecanismos e instrumentos de organização, avaliação de desempenho e controle baseados em metas predeterminadas (MOROSINI, 2016). Nas palavras da autora,

[...] cada vez mais difundidas e preconizadas como medidas de racionalização dos recursos, saneadoras e otimizadoras do trabalho, as novas formas de gestão incidem sobre o processo de trabalho em saúde, promovendo mudanças no conteúdo e na forma do trabalho, tendendo à sua simplificação e instrumentalização, à quebra das relações de confiança, à instauração de processos de competição e produtividade, em detrimento da solidariedade entre os trabalhadores e da construção de projetos

coletivos que promovam a autonomia.

Como consequência dessas medidas gerencialistas no HFB foram imputados aos trabalhadores, até o presente momento, o ponto eletrônico e a avaliação de desempenho. Esses dois instrumentos de controle, que visam o aumento da produtividade, acarretam sérios rebatimentos sobre os trabalhadores, gerando situações de estresse e também de perdas salariais, visto que estes podem vir a ser descontados, caso faltem ao trabalho ou se atrasem para chegar por algum motivo pessoal ou, até mesmo, caso não consigam cumprir as metas individuais estabelecidas pelas chefias.

Nesse sentido, Morosini (2016, p.5) afirma que a precarização do trabalho se manifesta não apenas na desregulamentação do emprego, mas também “na intensificação e na deterioração das condições do trabalho, na extensão da jornada, na redução dos salários, na crescente desproteção social, na difusão do sofrimento físico e/ou mental relacionados ao trabalho e o desemprego estrutural”.

Desse modo, evidencia-se que a precarização do trabalho está intimamente relacionada com a questão das penosidades do trabalho no contexto do capitalismo, que se refletem na subjetividade dos trabalhadores, gerando situações de adoecimento físico e mental, estresse, suicídio, entre outras consequências.

Essa questão das penosidades do trabalho vivenciadas pelos trabalhadores da saúde ficou bastante evidenciada na fala da entrevistada Ana, do setor de educação continuada em enfermagem. De acordo com ela, os profissionais de saúde

[...] trabalham com dor, com morte, com perdas e isso é bem difícil. Então, às vezes também você tem que ter o outro olhar. Porque quem cuida, também adocece [...] A gente está vendo agora na pandemia a quantidade de pessoas, né, afastadas por licença médica. Mas, a gente fala agora de pandemia, mas antes nós também já tínhamos uma realidade muito grande em relação à números de suicídios. É porque esses casos de suicídios, infelizmente, não são divulgados, até pra não haver incentivo [...] Outra coisa que tem haver é que os profissionais de saúde trabalham em mais de um emprego. A pessoa para poder manter um nível econômico melhor, às vezes, têm dois, três empregos. E a pessoa precisa de descanso, precisa de lazer e acaba abrindo mão para estar cada vez mais trabalhando, para poder ganhar dinheiro, se sustentar. Essa questão é muito crítica porque a gente vê cada vez mais adoecimento, afastamento, né, do serviço por doença, número de suicídios aumentando e tudo.

Segundo Linhart, no mundo do trabalho contemporâneo, percebe-se a intensificação de velhas penosidades ao mesmo tempo em que novas surgem:

As penosidades sempre fizeram parte do mundo do trabalho, pois este se caracteriza pelas restrições que ele impõe aos indivíduos e necessariamente constitui veículo de desacordos, dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência. Mas, bem contemporaneamente, a temática das penosidades tomou força e entra em ressonância com o tema onipresente do sofrimento no trabalho. O trabalho tende a ser associado à idéia de mal-estar e de uma possibilidade tão presente de dano psicológico que pode até conduzir ao suicídio, ou pelo menos à depressão (LINHART, 2011, p.150).

Assim, as penosidades aparecem como um sofrimento proveniente de um conjunto dinâmico de constrangimentos que fazem com que o trabalho possa se tornar insuportável ou insustentável para os trabalhadores podendo colocar em risco a saúde destes. Estes constrangimentos podem ser antigos ou novos e podem afetar tanto o coletivo dos trabalhadores como a dimensão subjetiva de cada um, sendo vivenciado como algo singular para cada sujeito (LINHART, 2011).

Para a autora, além da precariedade objetiva presente nos baixos salários, na alta rotatividade entre os trabalhadores, na baixa possibilidade de ascensão na carreira, nas más condições de trabalho e na intensificação do trabalho, outra característica do contexto atual seria a precariedade subjetiva que resulta de vários fatores como o sentimento de não dominar o trabalho, o desconforto com os ofícios/funções a serem executados, o esforço para atingir as metas e responder às expectativas, a constante adaptação às demandas exigidas, a falta de recursos coletivos e a dificuldades de apoio dos superiores hierárquicos em casos de problemas graves (LINHART, 2014).

A partir do exposto ao longo deste capítulo, que retratou as condições objetivas do trabalho e as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores dos serviços de educação do HFB na execução de suas atividades, ficaram evidenciadas as diferentes facetas da precarização do trabalho e as penosidades vivenciadas, frutos das propostas gerencialistas e privatistas para a saúde no contexto do neoliberalismo. Entre elas, destacam-se: à escassez de recursos e investimentos, à intensa sobrecarga de trabalho, à terceirização e o contrato temporário, os instrumentos de controle de frequência e de produtividade, bem como à falta de valorização profissional. Todas essas questões influenciam para a desmotivação dos trabalhadores, tão fortemente citada nas entrevistas.

Todavia, sem a motivação, dificilmente os trabalhadores do HFB conseguirão disputar pelas melhorias salariais e profissionais almejadas e pela mudança na realidade do trabalho, na qual estão inseridos. Cabe mencionar ainda que a proposta contra-hegemônica de educação permanente propõe a ideia do trabalho como princípio educativo, ou seja, ela vê no trabalho uma possibilidade formativa que oportunize uma prática consciente e reflexiva aos trabalhadores. No entanto, se o trabalho ocupa um lugar de desprestígio e esvaziamento, porque cada vez mais precarizado, fica mais difícil compor uma educação e prática transformadora. Sendo assim, faz-se necessário que haja mudanças na base estrutural e superestrutural do trabalho na instituição.

6.3 A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Compreender a concepção de educação permanente em saúde dos trabalhadores entrevistados foi de suma importância no processo de elaboração desta dissertação, tendo em vista que um de seus objetivos específicos foi o de identificar as concepções e práticas pedagógicas que permeiam as ações educativas realizadas no HFB.

Entende-se que as concepções fundamentam as práticas e, por trás de toda prática há também um fundamento teórico e uma visão de mundo. Desse modo, corrobora-se com Ramos (2010, p.243) quando afirma que:

[...] as práticas instituídas não são neutras nem estáticas; ao contrário, têm um fundamento filosófico e ideológico afinado com uma determinada concepção de mundo e com um projeto de sociedade, construídos a partir de um ponto de vista de classe e frações de classe.

Nesse sentido, torna-se extremamente relevante refletir acerca das concepções de EPS que os trabalhadores envolvidos nas ações de educação do HFB possuem, bem como evidenciar as diferentes visões que estão em disputa no local. A percepção dessas disputas também é importante, pois, como visto no marco sobre a educação permanente, a depender da perspectiva adotada, esta pode estar a favor das transformações do trabalho em prol dos trabalhadores ou colaborar para a adequação destes às relações e condições de trabalho hegemônicas na área da saúde.

Vale frisar que esta investigação possui uma abordagem materialista-histórica, assim, optou-se por trazer, primeiramente, as condições estruturais do trabalho e as dificuldades vivenciadas no HFB, antes de apresentar as concepções de EPS para mostrar que essas questões geram efeitos nas expressões dos sujeitos entrevistados sobre o tema.

Desse modo, no roteiro das entrevistas semi-estruturadas, uma das questões norteadoras diz respeito ao entendimento dos entrevistados acerca da educação permanente em saúde. Nas respostas, os trabalhadores ressaltaram, em sua maioria, a importância do desenvolvimento da dimensão técnica do trabalho por meio deste formato de educação.

Na visão do trabalhador Carlos, lotado no CEAP, a educação permanente é caracterizada como

São os processos continuados de aperfeiçoamento dos profissionais de uma forma geral. Isso dentro dos seus níveis de atuação dentro da unidade. Dentro da instituição eu entendo como algo que acontece assim um pouco descoordenado. Ou seja, cada área faz a sua parte e nós não temos ainda esse processo de alinhamento. Um alinhamento com foco no profissional, no aperfeiçoamento profissional. O foco hoje é mais no aperfeiçoamento da tarefa, eu vejo dessa forma. Porque só se faz essa parte mais focada naquela situação específica. Ou seja, na técnica para determinadas

atividades, mas não bota foco no crescimento profissional.

A seguir as definições apresentadas por Ana, Paula e Pedro vão ao encontro do que fora mencionado por Carlos e, de um modo geral, sintetizam as falas dos demais entrevistados.

Segundo eles:

Eu acho que a educação permanente é importante, assim, depois da nossa formação. Nós precisamos estar sempre nos atualizando, né. E tem aquela atualização que nós temos que buscar por conta própria e tem aquelas atualizações que nós devemos ter até por incentivo da própria instituição [...] Essa constante busca de conhecimento, de agregar conhecimentos não somente da enfermagem, mas de uma equipe multidisciplinar também que é fundamental, né (ANA, trabalhadora da Educação Continuada em Enfermagem).

A educação permanente eu acho que é uma atualização, né? De tudo que vem acontecendo porque saúde é muito dinâmica. Então, devido às novas tecnologias, novas formas de cuidar e mesmo a parte humana da saúde, a gente precisa estar sempre nos atualizando. Então, é super importante. Imagina, eu tenho trinta anos de formada, se eu não me atualizasse esse tempo todo, estaria totalmente defasada. E impactaria diretamente com assistência aos pacientes (Paula, trabalhadora do CEAP)

A educação permanente em saúde é um processo de aperfeiçoamento dos servidores, no caso dos serviços que eles atuam. Eu acho importantíssimo, de suma importância, você tem que se reciclar. Apesar de que muita gente não aproveita. Há uma baixa aí de aproveitamento, a gente até sente muito isso né, porque todo mundo cobra a capacitação do hospital e quando tem a chance muita gente não vem. Mas eu acho que é uma forma da pessoa crescer profissionalmente e as pessoas tem que estar bem capacitadas para estar prestando uma assistência de qualidade (Pedro, trabalhador da CCIH).

A partir dessas falas é possível observar que na concepção dos trabalhadores entrevistados, a educação permanente em saúde deve propiciar uma constante atualização de conhecimentos, visando colaborar, principalmente, para melhoria da qualidade técnica da prática profissional. Portanto, mais uma vez, aparece a predominância da preocupação com a técnica na fala dos sujeitos da pesquisa.

De fato, essa questão da construção e da troca de conhecimento para a melhoria da prática é um dos aspectos trazidos pela PNEPS. Como mencionado na Portaria GM/MS N. 198, de 2004, citada anteriormente, a EPS é adotada como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor, sendo conceituada como

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 (BRASIL, 2004).

Desse modo, percebe-se que na PNEPS a educação permanente valoriza a aprendizagem no trabalho, no entanto, o seu conceito não se restringe à questão do aperfeiçoamento técnico, por mais que essa seja uma dimensão importante do trabalho. A PNEPS vai propor que a

educação permanente dos trabalhadores seja desenvolvida a partir dos problemas vivenciados na realidade e da problematização dos processos de trabalho, devendo levar em consideração os conhecimentos e experiências que os trabalhadores já possuem, proporcionando-lhes aprendizagens significativas.

Nesse sentido, a técnica é aprendida de forma contextualizada, colaborando para o oferecimento de uma assistência problematizadora e que tenha um olhar holístico para os pacientes. Além disso, é fundamental no desenvolvimento de tais ações a articulação do quadrilátero do SUS – trabalhadores, usuários, formadores e gestores –, para tornar viáveis e efetivas às transformações no contexto do trabalho (CECCIM, 2004).

A PNEPS traz ainda um elemento fundamental que também foi citado na fala de Ana ao afirmar que a educação permanente deve agregar conhecimentos não somente de uma área profissional específica, mas de possibilitar os diálogos e as trocas de modo multiprofissional.

Sobre isso, a Portaria GM/MS N. 198, de 2004, aborda que devem ser desenvolvidos “trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS” (BRASIL, 2004).

A literatura também apresenta essa característica fundamental da educação permanente. Segundo Berdel (2011), ela é multiprofissional, transversal e dialógica. Incorpora o conceito de metodologias ativas e da educação de adultos, entendidas como aquelas capazes de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos.

A entrevistada Angela, do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, também acrescenta outros elementos ao conceito de educação permanente que não haviam sido mencionados pelos outros entrevistados quando afirma que:

A educação permanente é voltada não só para as necessidades emergentes; Surge das dificuldades da prática, vai trazer modificações para a prática. Não é direcionada para uma determinada categoria; É uma coisa mais geral e que traz, de alguma forma, modificação para prática, para os processos de trabalho (Angela, trabalhadora da Educação Continuada em Enfermagem).

Sobre esse aspecto do encontro entre os diferentes saberes no desenvolvimento da EPS, Ceccim (2004, p.50) afirma que a lógica dessa educação “é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar”. Desse modo, a contribuição e o diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento são essenciais nos processos de educação permanente e, portanto, não deve haver sobreposição de uma em relação à outra.

Ainda sobre a fala da entrevistada Angela, além da questão multiprofissional, ela aborda

sobre uma outra proposição relevante da educação permanente que é a de possibilitar modificações nos processos de trabalho. No entanto, deve-se questionar quais modificações do processo de trabalho são buscadas na instituição. São modificações para promover uma melhor execução da técnica pelos trabalhadores para o atendimento ao que é preconizado pelos protocolos assistenciais da área da saúde? Ou são modificações dos processos e das condições de trabalho emanados a partir do diálogo aberto e crítico com os trabalhadores da instituição?

É importante frisar que essa questão da modificação da prática ocupa um papel central na própria PNEPS, tanto na Portaria N. 198, de 2004, quanto na Portaria N. 1996, de 2009. Ambas as versões da política abordam sobre o comprometimento da EPS com a transformação das práticas dos trabalhadores do SUS. No entanto, como mencionado no capítulo que realiza o resgate do processo histórico de elaboração da PNEPS, a natureza e a forma como ocorrerão essas transformações será diferente se formos levar em consideração o ponto de vista defendido pelo primeiro e pelo segundo grupo que compôs a SGETS no seu período inicial.

Ao passo que a aposta do primeiro grupo que compôs a SGETS e que formulou a PNEPS, por meio da Portaria GM/MS N. 198, de 2004, era a de transformar as práticas de saúde a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, exigindo o envolvimento ético-político dos trabalhadores para conquistar as mudanças almejadas. O segundo grupo que ocupou a SGETS, alinhado com a proposta da OPAS para a saúde, teve a intenção de promover mudanças na prática dos profissionais de modo a alinhá-las ao Pacto pela Saúde e às necessidades de mudanças institucionais. Assim, na PNEPS reformulada pelo segundo grupo por meio da Portaria N. 1996, de 2007, a EPS se tornou um elemento de definição por parte dos gestores por meio da centralização dos processos e o quadrilátero da EPS não foi devidamente valorizado, como defendido pelo primeiro grupo.

Retomando a reflexão acerca das concepções de EPS mencionadas pelos trabalhadores entrevistados, é preciso observar que a perspectiva da educação permanente voltada para a atualização de conhecimentos e para uma melhor execução da técnica é a que prevalece. Tal visão reduz o trabalho à execução da tarefa, subtraindo-lhe a sua dimensão política e social. Nessa perspectiva, de acordo com Ramos (2010), busca-se a construção de competências necessárias para a execução de um determinado serviço, colocando sobre o próprio trabalhador a responsabilidade pelas mudanças nos processos de trabalho.

Cabe destacar que as mudanças possivelmente conquistadas por esta via no HFB são provisórias, tendo em vista a grande rotatividade de profissionais nos serviços, a existência de vínculos precarizados de trabalho e a dificuldade em dar continuidade às ações iniciadas, muitas vezes, devido à falta de insumos. Assim, levando-se em consideração à dinamicidade do

trabalho e às constantes exigências por mudanças na prática, com o passar do tempo, as modificações conquistadas vão se perdendo, pois, não foram de fato incorporadas pelos trabalhadores, tendo sido alcançadas pela repetição, via treinamentos, e elaboradas externamente, sem que fizessem sentido para eles.

Ramos (2010) colabora novamente com a discussão ao apontar que para que a educação permanente consiga de fato se realizar é preciso que ocorra a superação da lógica pragmática que, por vezes, os processos de qualificação encampam.

A perspectiva contra-hegemônica de educação permanente, que embasa este estudo, se opõe à proposta de educação permanente requerida pelo capital, ou seja, de uma formação constante voltada para o atendimento às demandas do processo produtivo, exigindo dos trabalhadores a construção de diferentes habilidades e competências para manter a sua empregabilidade.

A educação permanente, alinhada à corrente histórico-crítica e ao materialismo histórico-dialético, reconhece o trabalho como princípio educativo que, tal como defendido pelos autores marxistas, possui um potencial transformador. Assim, nessa perspectiva, a educação permanente deve permitir o desenvolvimento de múltiplas potencialidades pelos trabalhadores, não se preocupando meramente com a execução da atividade profissional e o desenvolvimento aprimorado da técnica, mas também possibilitar a capacidade de análise crítica dos trabalhadores acerca das determinações sociais, históricas e econômicas que envolvem a sua prática dentro das organizações, como forma de resistir às investidas do capital que, para alcançar o lucro, precariza cada vez mais às relações de trabalho.

Desse modo, de acordo com a abordagem histórico-crítica, a educação é concebida como uma “mediação ético-política que (...) possibilita compreensão da realidade e potencializa a ação dos sujeitos para superar a exploração e a alienação dos trabalhadores, transformando-a em benefício da emancipação humana” (RAMOS, 2010, p.171). Além disso, nesse contexto, a prática profissional é compreendida como “uma mediação específica da produção da existência humana, considerando as suas contradições sob o modo capitalista de produção, na perspectiva da relação parte-totalidade” (RAMOS, 2010).

Assim, acredita-se que a educação permanente comprometida com este ideário deve estar “voltada à existência, à totalidade do homem” e não para “fins utilitários e pragmáticos” (LAMPERT, 2007, p.11).

Alinha-se a tal perspectiva as proposições de Ceccim e Feuerwerker ao chamarem atenção para o fato de que as transformações que a educação permanente pode possibilitar envolve não apenas aspectos técnicos-científicos, mas também

mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.50).

Em relação às concepções de educação permanente que estão em disputa no HFB, foi possível perceber por meio da fala dos sujeitos entrevistados que há uma discussão potente sobre os processos de qualificação (chamados pelos entrevistados de cursos de atualização, capacitação, treinamento, educação continuada, educação permanente, entre outros), compreendendo-os como um processo constante de busca de novos conhecimentos para favorecer a prática profissional. No entanto, as diferentes denominações utilizadas revelam as disputas de concepções que giram em torno do tema.

Nesse contexto, há a prevalência de uma concepção de educação mais voltada para o aperfeiçoamento dos procedimentos técnicos envolvidos no processo saúde-doença, que respondem ao modelo hegemônico de cuidado e de atenção à saúde, denominado modelo biomédico. Além disso, a fala dos entrevistados pouco revelou sobre a importância de se discutir acerca das questões metodológicas e das suas necessidades de mudança, de forma a possibilitar aprendizagens mais significativas e contextualizadas para os trabalhadores.

De acordo com Ramos (2010), a ideia de educação permanente voltada para a aprendizagem técnica possui um viés mais pragmático, a qual visa capacitar o homem para as mudanças exigidas pela organização do trabalho, devendo se ajustar operacional e socioemocionalmente a elas. Nessa perspectiva, as ações educativas não possibilitam a análise dos processos de trabalho e de sua relação com a complexidade e totalidade que engendra a hegemônica capitalista neoliberal.

Assim, é possível perceber que a educação permanente na perspectiva contra-hegemônica, que se ancora no materialismo histórico-dialético, ainda não é uma realidade no HFB. Para tornar viável o seu desenvolvimento, é necessário que tanto os gestores do MS quanto do próprio HFB, bem como os líderes dos serviços, sejam conscientizados acerca da sua importância enquanto força mobilizadora que pode colaborar com a transformação da realidade do trabalho. Nesse processo, é fundamental que haja o envolvimento dos trabalhadores na construção das propostas educativas e também nos processos decisórios. Além disso, é necessário o estabelecimento de diálogos críticos com esses trabalhadores sobre as diferentes determinações do trabalho existentes no capitalismo, despertando-os para a luta por melhores condições de vida e trabalho. Nesse contexto, a teoria e a técnica devem ser aprendidas de forma contextualizada, sendo fruto do debate com toda a equipe de forma que colaborem para o

oferecimento de uma assistência problematizadora e reflexiva e que tenha um olhar holístico para os pacientes.

Assim, faz-se urgente o desenvolvimento de uma educação permanente em saúde que promova a “integração de aspectos técnicos com aspectos políticos relativos à responsabilização compartilhada com o processo educativo” (LEITE *et al.*, 2020, p.5) ou, conforme dito por Ceccim e Feuerwerker (2004), uma educação permanente que tenha compromisso com as transformações mais amplas - com as “questões tecnopolíticas”.

Nesse sentido, a discussão desenvolvida neste estudo se ancora na proposta de “educação permanente em saúde como tentativa transformadora das práticas de saúde dos trabalhadores, por meio da desalienação dos sujeitos e do desenvolvimento de sua consciência crítica sobre a realidade social em que estão inseridos” (LEITE *et al.*, 2020, p.7) e pretende abrir caminhos para a ampliação deste debate no HFB.

Todavia, o contexto do trabalho em saúde no capitalismo, seja no HFB ou nas demais instituições que compõem o SUS, atua como um dificultador para a realização dessa educação permanente com potencial transformador em favor dos trabalhadores, justamente pelo seu viés crítico, que pode vir a perturbar a ordem estabelecida pelos grupos hegemônicos na sociedade. Portanto, este é o grande desafio que os trabalhadores comprometidos com a educação permanente crítica devem enfrentar, visto que

[...] a prática pedagógica democrática fundada nos princípios da liberdade/autonomia, da igualdade/eqüidade e da fraternidade/compaixão, a despeito de parecer utópica — mas o que é a utopia senão aquilo que faz caminhar? — permite que se repense o processo de reconstrução da história e do próprio homem, a partir do reconhecimento de seu lugar no mundo, privilegiado pela possibilidade de reflexão (MITRE *et al.*, 2008, p. 2142)

6.4 AS POTENCIALIDADES DO HFB E DAS AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS

Na contramão de todas as dificuldades elencadas anteriormente, o Hospital Federal de Bonsucesso também possui algumas potencialidades que merecem ser destacadas.

Primeiramente, deve-se citar o papel desempenhado pela instituição na assistência aos pacientes de média e alta complexidade. Como pode ser lido no capítulo dedicado à contextualização do HFB, este é considerado o maior hospital da rede pública federal do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo uma referência em serviços de saúde de média e alta complexidade para a população do Rio de Janeiro e adjacências. Um exemplo

de sua importância foi noticiado recentemente pela mídia¹⁷ devido a realização, pelos profissionais de saúde do HFB, de um transplante de córnea desenvolvido de forma inédita no Brasil que permitiu que uma recém nascida cega começasse a enxergar. Isso mostra que o SUS, apesar de todas as suas fragilidades, tem um importante papel na vida da população que necessita dos seus serviços.

Sobre os serviços prestados pelo HFB o entrevistado Pedro, da CCIH, afirma que:

diferente de outros hospitais, nós temos uma instituição que tem uma complexidade grande, né? Nós temos um hospital que tem uma hemodiálise que é a porta de entrada para o sistema. Nós temos um hospital que tem uma maternidade de alto risco. A gente tem UTI neonatal, UTI pediátrica. Temos unidade coronariana com cirurgia cardíaca. Temos transplante renal. Então, nós temos uma complexidade grande... Nós temos profissionais com condições de estar atendendo a todas essas áreas. E isso é diferente.

Num contexto em que o SUS sofre diferentes ataques que visam favorecer a privatização dos hospitais públicos e promover a participação, cada vez maior, da iniciativa privada no setor, contar com uma instituição pública de saúde como o HFB, ligada a rede federal, que presta serviços especializados e de excelência para à população constitui-se como um grande diferencial.

Além do papel fundamental exercido pelo HFB na assistência à população em geral, a que se mencionam que o seu grande potencial são os trabalhadores. Estes, sem dúvidas, são a mola mestra da instituição e foram citados, em unanimidade, pelos entrevistados quando questionados acerca das potencialidades percebidas na instituição.

Uma coisa bacana que eu percebo é que aqui tem muito profissional que quer fazer a diferença né? Que quer e vem aqui me procura e pergunta como proceder para poder fazer um determinado curso (Bruna, servidora do RH).

Eu acho que a gente ainda tem um grupo muito bom. Que quer mudar, que quer melhorar. Agora claro que é cerceado por várias outras ações que são as adversidades, né [...] Mas, a gente tem potencial, a gente tem gente muito boa (Fátima, enfermeira lotada no CEAP).

Eu vejo mais a parte médica, né? Eu não tenho muito contato com as outras categorias. Mas, eu vejo muito potencial no pessoal, principalmente, no meu serviço. Tem muita gente que é jovem, mas eu ainda tenho bastante gente que é do ministério. Eles são muito estudiosos. Eu tenho duas com doutorado, tenho um mestrado também, tá bom? Tem muita que fez muitos cursos até envolvendo a prática mesmo. Então, eu vejo muito potencial [...] Então, o pessoal é de alto nível (Paula, médica lotada no CEAP).

Por meio dessas falas, é possível perceber que, a despeito de todas as dificuldades vivenciadas no HFB, a sua maior potencialidade é o trabalhador que, mesmo atravessado por

¹⁷ Notícia veiculada no site Veja Rio no dia 20 jun. 2022. Disponível em: <<https://vejario.abril.com.br/coluna/fabiano-serfaty/transplante-de-cornea-inedito-e-realizado-em-hospital-publico-no-rj/>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

diferentes adversidades no contexto do processo de trabalho em saúde no SUS, procura dar o melhor de si para manter o funcionamento do hospital e de seus serviços e prestar uma assistência qualificada aos usuários do SUS.

No que tange às potencialidades das ações de qualificação, os entrevistados citaram como pontos positivos o fato de que, mesmo com os baixos recursos disponibilizados, os serviços de educação do HFB se desdobram para continuar viabilizando ações educativas para os trabalhadores no sentido de colaborar com o desenvolvimento de uma assistência especializada. O serviço de educação continuada em enfermagem também foi mencionado como sendo uma referência no HFB na realização de tais ações por ter profissionais dedicados exclusivamente a pensar e a desenvolver os processos educativos, destinando vários esforços no sentido de melhor qualificar a equipe de enfermagem. Assim, nas palavras da entrevistada Ana, o HFB conta

[...] com um setor específico, a Educação Continuada em Enfermagem, que muitos hospitais, infelizmente, não tem. Mas, nós temos esse diferencial de ter um setor específico destinado para poder estar fazendo treinamentos, atualizações, capacitações, né, dependendo da necessidade e da demanda dos profissionais.

Entre as ações educativas realizadas pelo Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, uma em especial, a meu ver, cumpre uma função importante no sentido de proporcionar o estreitamento do diálogo da Coordenação de Enfermagem com os trabalhadores de enfermagem lotados nos serviços assistenciais. Tal ação é denominada de “café com a enfermagem” e caracteriza-se por ser uma roda de conversa com os profissionais lotados nos serviços, que conta com a participação da coordenação, juntamente com uma pessoa da educação continuada em enfermagem. Esse encontro costuma acontecer uma vez por mês com a participação de um setor por vez. Nesta ocasião, é oferecido um simples café da manhã e a equipe de um determinado serviço e sua chefia tem a oportunidade de conversar com a coordenação de enfermagem sobre os problemas vivenciados no dia a dia. A coordenação, por sua vez, escuta as demandas e procura fazer o que está ao seu alcance para tentar solucionar as questões apontadas.

Assim, no processo de construção de uma educação permanente crítica, momentos como este devem ser viabilizados para dar vez e voz aos trabalhadores, cabendo a estes aproveitar esses espaços para colocar as suas demandas na busca por melhorias em suas condições de trabalho no HFB.

Ainda relacionado às iniciativas para realização das ações educativas, também foi citado como algo positivo à atuação de alguns profissionais que, mesmo não recebendo nenhuma

espécie de incentivo financeiro ou gratificação, continuam procurando colaborar com os setores de educação ministrando capacitações para os servidores e trocando com as equipes de acordo com a sua expertise. Como dito anteriormente no item referente às dificuldades, a maioria das capacitações realizadas internamente no HFB são desenvolvidas graças à colaboração de alguns profissionais comprometidos, com vasto conhecimento e experiência em uma determinada área, que aceitam ministrar as capacitações mesmo sem receber nada a mais por isso.

Todos os aspectos elencados colaboram para mostrar que o HFB possui grandes potenciais expressos tanto nos serviços prestados à população quanto na expertise de seus trabalhadores. Todavia, como já dito, a instituição carece de maiores investimentos financeiros em infra-estrutura, equipamentos e insumos, em melhorias salariais, em valorização profissional, bem como necessita da realização de novos concursos públicos, visando suprir o déficit de recursos humanos existente. Somente mediante ao atendimento a essas e a outras demandas de seus trabalhadores, o HFB poderá melhorar as condições de trabalho existente e continuar prestando serviços de excelência à população.

6.5 DESAFIOS E CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO HFB COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO

Diante do cenário vivenciado no HFB e das dificuldades envolvidas no processo de desenvolvimento das ações educativas para os profissionais de saúde serão apontados a seguir os principais desafios a serem enfrentados e a sugestão de alguns caminhos que se acredita serem úteis para a construção de projeto de educação permanente no HFB comprometido com a transformação do trabalho.

6.5.1 Os desafios

Diante dos problemas vivenciados, a superação da fragmentação das ações é, sem dúvida, um dos grandes desafios a serem enfrentados no HFB. Para sua superação é essencial que haja uma maior integração entre os serviços assistenciais, de educação e administrativos. Nesse sentido, a entrevistada Angela, do serviço de Educação Continuada em Enfermagem, menciona:

Eu acho que o desafio seria esse: das áreas conversarem, da gente fazer realmente aquilo que é a proposta da educação permanente, que é estar revendo os processos de trabalho, modificando os processos de trabalho para que as coisas pudessem acontecer

de uma forma melhor. Eu acho que esse é o grande desafio!

No que diz respeito às ações educativas, visando promover uma maior troca entre os setores, devem ser priorizadas as ações desenvolvidas de forma coletiva, com a participação de dois setores ou mais, bem como a realização de eventos de cunho multiprofissional.

Além disso, é primordial que os trabalhadores sejam envolvidos nesses processos, participando das discussões acerca do processo de trabalho, das dificuldades enfrentadas e das suas necessidades e interesses de formação, até como forma de superar também a resistência dos profissionais em participar das ações, que constitui-se também como um outro desafio. Sobre o envolvimento dos trabalhadores nas ações educativas, o entrevistado Carlos, do CEAP, afirma que:

Por mais que o instrutor dos cursos seja um excelente profissional, aquilo que está sendo ensinado precisa fazer sentido para as pessoas. E para fazer sentido, você precisa envolver as pessoas e fazê-las compreender a importância daquela ação.

De acordo com Gadotti (2000), o desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto de trabalho e de vida e da sua implicação com o seu processo permanente de formação. Assim, defende-se que o primeiro passo para a construção do projeto de educação permanente no HFB é o de viabilizar o envolvimento dos trabalhadores nas ações educativas realizadas, visto que estas precisam fazer sentido para eles diante das penosidades vivenciadas no contexto do trabalho em saúde no capitalismo.

Um outro desafio que está relacionado ao anterior, é a superação da dificuldade existente entre os gestores, os líderes dos serviços de educação e os demais trabalhadores desses serviços em diferenciar os conceitos de educação permanente e de educação continuada e seus respectivos objetivos.

No quadro apresentado no capítulo 4 desta dissertação, é possível observar os diferentes aspectos relacionados a cada um desses conceitos. Em síntese, enquanto a educação continuada busca promover o aperfeiçoamento dos conteúdos e procedimentos técnicos envolvidos no processo saúde-doença, que respondem ao modelo hegemônico de cuidado e de atenção à saúde, denominado modelo biomédico; a educação permanente envolve a aprendizagem no trabalho, devendo valorizar as dimensões técnico-científica, ética, sociocultural e relacional presentes no cotidiano do trabalho (JESUS *et al.*, 2011). Nesse processo, o aspecto técnico-científico deve ser trabalhado de forma contextualizada, colaborando para o oferecimento de uma assistência problematizadora e que tenha um olhar holístico para os pacientes. Além disso, é fundamental no desenvolvimento de tais ações a articulação do quadrilátero do SUS – trabalhadores,

usuários, formadores e gestores –, para tornar viáveis e efetivas às transformações no contexto do trabalho (CECCIM, 2004).

Ressalta-se, portanto, a necessidade dos profissionais formadores e dos gestores, serem esclarecidos quanto aos diferentes conceitos e suas proposições para o trabalho em saúde, tendo em vista que diferenciar tais propostas permitirá definir o tipo de ação a ser desenvolvida diante das necessidades educativas apresentadas pelos trabalhadores e o que se quer alcançar com elas. Para tanto, é importante que reflitam sobre o que se almeja alcançar: Quer-se atingir apenas a adequação dos profissionais e o seu aperfeiçoamento técnico para execução de um determinado procedimento assistencial ou à transformação das práticas por meio da reflexão crítica desses trabalhadores sobre o processo de trabalho, as suas determinações e as suas necessidades de mudança?

Soma-se a esse desafio, a necessidade de destinar maiores investimentos financeiros para o desenvolvimento das propostas educativas no HFB, bem como promover melhorias na infra-estrutura existente. A maioria dos entrevistados destacou este aspecto como um desafio:

Eu acho que melhorar essa questão também da infra-estrutura, dos recursos audiovisuais e da comunicação que a gente tem também é um desafio (Angela, trabalhadora do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem).

Eu acho que o desafio é, muitas vezes, relacionado ao fato de nós termos a informação, nós termos o conhecimento e nós teríamos condições de estar aplicando melhores treinamentos, melhores protocolos, mas, às vezes, realmente carece de determinados recursos, recursos de sistema, de informática, de uma internet melhor. Então, tem algumas coisas que realmente poderiam ser melhores. E, alguns materiais também que a gente, às vezes, não consegue adquirir para poder na verdade estar realizando esses treinamentos e estar aplicando isso de melhor forma (Pedro, trabalhador da CCIH).

Relacionou-se também, para além da questão dos recursos financeiros, a falta de interesse político em investir em educação. De acordo com alguns entrevistados:

Parece que não existe no fundo um interesse (em investir na educação das pessoas), aí eu estou falando no nível de Brasil... Um interesse para que isso se resolva. Fica muito na mão do próprio cidadão e das próprias famílias resolver essa situação. Então, quer dizer, quando você não tem uma política, quando não existe uma política de nação focada nisso, fica difícil até você construir isso numa instituição. Fica bem difícil, eu não vejo essa política (Carlos, trabalhador do CEAP).

O que falta para mim é a vontade política, aquele trabalho de formiguinha. E tem que ter esse apoio assim da própria gestão para que a coisa aconteça. Assim, enquanto a gente não tiver uma direção ou uma diretriz do próprio Ministério que diga que vai ter que ser dessa maneira e, claro, ter pessoal para poder executar, porque não adianta também a melhor diretriz, a melhor política, se não tem pessoas (Fátima, trabalhadora do CEAP).

De acordo com essas falas, faz-se necessário que haja vontade política dos gestores que estão à frente do MS e do próprio HFB para investir e dar a importância à educação permanente

e às ações que ela comporta, de forma que os trabalhadores que atuam na elaboração de tais ações possam contar com mais recursos, tenham melhores condições de infra-estrutura e autonomia para o desenvolvimento dos processos formativos, bem como possuam as condições necessárias para dar continuidade às propostas iniciadas.

Além da necessidade de se ter maiores investimentos financeiros e de se ter vontade política para priorizar as ações educativas, tem-se também o desafio de melhorar a comunicação. Como já dito, essa questão da comunicação é bastante deficitária no HFB e acarreta sérios problemas, sendo o maior deles a fragmentação de tais ações. Assim, cada setor enfrenta seus problemas isoladamente e procura achar meios para resolvê-los também isoladamente, não havendo reuniões para troca de experiências entre os setores, seja em relação às ações de qualificação ou, até mesmo, em relação aos problemas gerais enfrentados. Assim, as ações educativas seguem fragmentadas e fechadas em capacitações e treinamentos técnicos.

Esse problema da comunicação foi citado não apenas no âmbito do HFB, mas também se estendeu aos outros hospitais da rede federal e ao próprio MS, tendo em vista que praticamente não são viabilizados momentos de interlocução entre esses atores. Os esforços de diálogo esbarram também em culturas institucionais endurecidas e com dificuldades de trabalho cooperativo. Nas palavras da entrevistada Bruna, do RH,

É necessário um processo de melhor comunicação entre as próprias instituições porque se tivesse essa comunicação entre os próprios hospitais federais poderia estar tendo uma troca maior porque se o meu hospital, vamos dar exemplo: tem especialidades em cardiologia ou em outra especialidade como em trauma e ortopedia, poderia ter esse intercâmbio de conhecimentos, né, que poderia já ser um facilitador [...] Então, de repente, esse intercâmbio com troca sobre as especialidades né... entre os coordenadores. Quem assume essa postura principal de gestão também entender essa necessidade. O próprio Ministério da Saúde entender que há essa necessidade de melhorar a comunicação entre a instituição e o Ministério até para gente se entender né... Às vezes, nós que estamos aqui, subordinados a ele (ao MS), também não conseguimos entender como acontecem as coisas. Quando chega para a gente, o negócio já está formado, pronto.

Assim, criar momentos para o intercâmbio de experiências entre os hospitais federais e o próprio MS é primordial, no sentido de possibilitar uma maior cooperação entre eles e viabilizar que os processos decisórios sejam mais democráticos. Internamente, essa questão também é urgente tanto no que diz respeito à comunicação intersetorial quanto entre os gestores e suas próprias equipes. Sobre isso a entrevistada Ana, do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, afirma que:

Outra coisa que eu acho também que é necessário, cada vez mais, é a Coordenação estar próxima da ponta porque aí a ponta consegue entender melhor as decisões. Eu acho que isso também precisa amadurecer, até para poder identificar os problemas né. Passar que está agindo para tentar resolver. E, a partir do momento que eu tenho uma relação mais aberta, eles conhecem e sabem quais são os problemas e você consegue até administrar melhor. Não fica aquela coisa assim: aquela hierarquia muito de cima

para baixo.

Foi citado também como um desafio a questão das escassas verbas vindas do Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), financiado pelo MS, serem destinadas apenas para contratação de qualificações externas. Desse modo, colabora-se para a privatização das ações, repassando verbas para a iniciativa privada, e se deixa de investir em melhorias internas na infra-estrutura, na compra de novos equipamentos e de tecnologias educacionais e, até mesmo, no pagamento de uma gratificação que estimule os trabalhadores do próprio HFB, com perfil e expertise em determinada área, em ministrar, fora do seu horário de trabalho, atividades educativas internamente. Portanto, encontrar formas de superar esses entraves é extremamente necessário.

Além disso, um desafio que também está relacionado ao PDP e a legislação que o respalda (Decreto nº. 9.991, de 28 de agosto de 2019) refere-se à necessidade de se efetuar mudanças na forma de levantamento de necessidades de capacitação dos servidores. Primeiramente, acredita-se que é necessário modificar a legislação no tocante à contratação de capacitação apenas para servidores efetivos, tendo em vista que há a presença de terceirizados na instituição e estes, muitas vezes, executam as mesmas funções que os concursados. Logo, os trabalhadores terceirizados também deveriam ter direito a participar das ações de capacitação financiadas pelo MS.

Já em relação ao levantamento das necessidades de capacitação, acredita-se que o processo deva ser modificado viabilizando uma maior participação dos próprios trabalhadores e um maior envolvimento das coordenações gerais nas decisões. Atualmente, este levantamento é feito levando-se em consideração apenas a consulta feita às chefias imediatas dos serviços, que encaminham suas demandas para a COGEP. Esta reúne todas as demandas solicitadas e encaminha para o MS, que decide se envia a verba ou não para financiar cada uma das ações. Cabe destacar ainda que, já há alguns anos, o MS não financia participações em eventos científicos ou congressos, por meio da ajuda de custo para pagamento de passagens aéreas e hospedagens. Raríssimas vezes e, apenas mediante apresentação de trabalho científico, é financiada a inscrição do servidor no evento ou congresso. Acerca deste levantamento das demandas de capacitação, a entrevistada Bruna da ARDEP/RH, menciona que:

Tem um grande desafio sim [...] Quando a gente solicita as demandas, a gente solicita aos setores e não à coordenação geral da área. Então, eu considero isso como um desafio: não é um setor me mandar o curso que quer, é o setor mandar tudo para a coordenação geral daquela área decidir junto. Por exemplo, eu tenho todas as clínicas do DIMEA (Divisão Médica-Assistencial), a coordenação geral da DIMEA deveria avaliar aquilo dali, se está de acordo com que o hospital está fazendo, com o que se quer, e aí sim caminhar para mim, enquanto COGEP. Porque aí você teria um plano muito mais enxuto ou, de repente, poderia ter um plano bem maior, não sei. Mas aí

sim você teria um plano de acordo com as necessidades reais para poder executar e em acordo com aquilo que o hospital quer (ou seja, que se entende como prioridade). Então, isso é um grande desafio. Fazer com que mude esse processo.

Constitui-se também como um desafio, citado em unanimidade pelos entrevistados, a superação da desvalorização profissional. A fala do entrevistado Carlos, do CEAP, evidencia a desmotivação existente:

A falta de incentivos financeiros é um dos fatores que afasta os profissionais dessa parte de buscar a educação, ou seja, eles não se sentem muito interessados em crescer, porque não adianta nada. Na verdade, o sistema acaba provocando esse tipo de comportamento [...] Com o tempo e não havendo essa motivação, isso acaba tornando o trabalho uma coisa meio que enfadonha. Ou seja, as pessoas cansam porque não tem para onde ir, para onde crescer. Você entra e não tem um plano interno de valorização profissional, por mais que você se esforce.

Como dito anteriormente, não há concursos para a área assistencial desde o ano de 2006, os salários estão congelados há quatro anos e não há nenhum tipo de incentivo financeiro que motive os trabalhadores a buscarem novas qualificações e também não há instituído no HFB um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Esse contexto de precarização do trabalho na saúde tem acarretado uma extrema desmotivação dos trabalhadores do HFB. Na visão de Fátima, do CEAP, “existem vários desafios. Mas eu acho que a gente vai linkando esses: a questão da gestão, a questão do incentivo, a questão salarial mesmo. Tudo isso influencia diretamente”.

Pensar a educação permanente diante desse cenário de desmotivação, precarização, falta de investimentos e de desvalorização profissional constitui-se em um importante desafio a ser enfrentado no HFB, tendo em vista que essas questões desestimulam os trabalhadores, até mesmo a lutar pelas melhorias internas na instituição onde trabalham, levando-os a correr atrás apenas da realização de seus interesses pessoais externamente. Desse modo, a dimensão estrutural da precarização do trabalho desmotiva e dificulta a organização de encontros potentes entre os trabalhadores, que poderiam organizar a luta trabalhista.

Por fim, os trabalhadores entrevistados citaram como um desafio maior, a necessidade de implementação de mudanças na instituição e na subjetividade dos trabalhadores para que compreendam a importância da educação e da sua colaboração com a mudança nos processos de trabalho. Na visão das entrevistadas Ana e Bruna:

O desafio é a mudança de cultura de todos os profissionais para a necessidade da educação permanente, continuada, aquele processo ali contínuo de atualizações, capacitações [...] Então, de repente, a troca entre as especialidades, entre os coordenadores, poderia facilitar as mudanças (Ana, trabalhadora do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem).

[...] a mudança, como eu falei, envolve várias outras questões. Que extrapola o apenas fazer né? Esse é o desafio da mudança. Eu acho que o grande desafio é a mudança de todo mundo. Para além de tudo, o grande desafio é uma mudança de cultura. Porque

essa cultura ainda tá muito enraizada, sabe? E aí tem muita gente chegando imóvel que, em vez de fazer a árvore crescer e dar frutos para todo mundo comer os frutos, ainda ajuda a enraizar mais algumas questões. O conhecimento é algo para ser construído coletivamente [...] Então, eu acredito que mudar é muito difícil. Porque a gente se acomoda, às vezes, a fazer de uma determinada maneira, de um jeito específico e aí aquilo você tem que se policiar muito pra mudar, para fazer de outra forma. Mudar a si próprio é difícil, né? Colaborar com a mudança de outras pessoas então. Fazer a pessoa aceitar aquilo que você está propondo de bom grado, de coração aberto, é complicado (Bruna, trabalhadora da ARDEP/RH).

Devido ao exposto, defende-se neste trabalho que, para além das mudanças mais amplas que extrapolam a própria instituição, o maior desafio é a construção de processos de educação permanente no HFB comprometidos com a transformação do trabalho. Como defendido pelos idealizadores da PNEPS, por meio da Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, esta deve considerar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, levando-se em conta as necessidades de saúde das pessoas e populações. Além disso, deve ser desenvolvida a partir da problematização dos processos de trabalho, reconhecendo e valorizando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm para, desta forma, transformar as suas práticas e a própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

Sendo assim, corrobora-se com Ceccim (2005) quando afirma que a educação permanente é um desafio ambicioso e necessário. Nas palavras do autor, a educação permanente em saúde carrega

a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005, p.161).

É, portanto, nesse sentido que este estudo defende a implementação de uma educação permanente crítica e comprometida com a transformação do trabalho no HFB, visando colaborar com a reflexão dos trabalhadores acerca das questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde e das condições para sua realização no contexto do neoliberalismo. Pois, retomando a discussão efetuada no primeiro capítulo desta dissertação e a colocação de Ceccim (2005) mencionada acima, a função da educação permanente é colaborar com a *práxis*, ou seja, é possibilitar um pensar consciente dos trabalhadores sobre o seu fazer, entendendo que a sua prática faz parte de uma totalidade social mais ampla, que possui determinações diversas. Assim, a realização de uma educação permanente crítica e comprometida ética e politicamente com os trabalhadores deve contribuir para que estes percebam a importância de disputar no âmbito micro e macroeconômico, pelas transformações necessárias para a melhoria das suas condições de trabalho e de vida.

6.5.2 Os caminhos para a construção de um projeto de educação permanente em saúde no HFB

Após mencionar as principais dificuldades e desafios envolvidos no processo de trabalho no HFB, serão sugeridos a seguir caminhos que podem colaborar para a superação de algumas questões vivenciadas no cotidiano do trabalho, principalmente no que diz respeito à implementação de ações de educação permanente no local.

No conjunto das entrevistas realizadas foi possível perceber que há no HFB o predomínio de capacitações com foco nos especialismos técnico-científicos, que ordena uma fragmentação do trabalho e das próprias ações educativas.

Os tradicionais modelos de formação na saúde são caracterizados por linhas de capacitações que respondem à fragmentação do processo de trabalho, dificultando a apreensão da complexidade envolvida no trabalho em saúde e suas determinações por trabalhar de forma descontextualizada e basear-se no aperfeiçoamento da técnica e na transmissão de conteúdos isolados. Essas questões somadas à intensificação do trabalho no contexto da precarização dificulta que os trabalhadores tenham uma visão do todo.

Os sujeitos entrevistados nesta pesquisa, apesar de apontarem à necessidade de mudanças nos processos de gestão, do incentivo à participação coletiva e de melhorias nas questões de infra-estrutura do HFB para o desenvolvimento das ações educativas, pouco mencionaram a respeito da necessidade de se promover mudanças de cunho metodológico, trazendo apenas a necessidade de estar sempre buscando conhecer e implementar novas metodologias para buscar despertar o interesse dos trabalhadores em participar das ações propostas.

Desse modo, a respeito dos caminhos para construção no HFB de um projeto de educação permanente em saúde crítico acredita-se que um deles seja por meio da utilização de métodos de construção coletiva do conhecimento, que permitam aos trabalhadores participar das decisões e que provoquem neles a certeza da valorização de seus conhecimentos e a importância da sua atuação profissional a partir da percepção da existência de um espaço para que sejam ouvidos. Nesse sentido, é preciso despertar nos profissionais responsáveis pela construção das ações de educação no HFB a compreensão sobre a importância do envolvimento dos trabalhadores na construção dessas ações e da busca de métodos dialógicos e incluídos para os processos formativos.

De acordo com a PNEPS, instituída pela Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, elaborada com a colaboração de sanitaristas comprometidos com o SUS, para romper com a questão da fragmentação das ações e promover um maior envolvimento dos trabalhadores nas ações educativas, o caminho é o trabalho com a educação permanente em

saúde, tendo em vista que esta prioriza a problematização coletiva dos atos de saúde, reconhece as diferentes experiências e possibilidades concretas, considerando as características locais e regionais e; ainda, valoriza a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho em saúde e reafirma os princípios democráticos do SUS, que atravessam as diferentes ações e instâncias (BRASIL, 2004). Assim, o trabalho com a educação permanente em saúde envolve rever as metodologias utilizadas, estimulando a discussão coletiva acerca dos processos de trabalho, valendo-se de metodologias ativas de ensino-aprendizagem para tanto.

Levando-se em consideração ainda que a educação permanente em saúde deve ser desenvolvida de forma democrática e horizontal, envolvendo diferentes instâncias e sujeitos, uma das propostas que surgiu nas entrevistas é que fosse criado no HFB, tal como é sugerido na própria PNEPS, o trabalho por meio de um colegiado de educação. Na visão dos entrevistados, o colegiado deve ser composto por trabalhadores de diferentes áreas, que estejam engajados e comprometidos com os processos formativos para que as ações sejam formuladas coletivamente, as decisões sejam tomadas em parceria e as ações implementadas possam ter continuidade. A ideia do trabalho com o colegiado foi sugerida pelas entrevistadas Angela e Bruna ao afirmarem que:

Eu acho que seria interessante se houvesse como se fosse um colegiado ou alguma coisa nesse sentido em que as áreas pudessem conversar porque tem assuntos que são de interesse comum ou de várias áreas ou de pelo menos uma, duas áreas. Então, eu acho que essas áreas, que trabalham isoladamente, deveriam ser unificadas num só lugar como, por exemplo, no centro de estudos, talvez... E que essas ações fossem pensadas de uma forma coletiva. Claro, que cada especialidade tem a sua parte técnica né, a sua particularidade. Mas eu acho que poderia ser pensado de uma forma mais coletiva, pensando mesmo em rever os nossos processos de trabalho né, os nossos fluxos porque, muitas vezes, você tem um fluxo que ele não é só para aquela categoria específica. Ele é um fluxo inerente ao setor, àquele local. Então, eu acho que o primordial seria isso: seria estar unificando essas iniciativas, sabe, em um lugar só, fazendo um colegiado naquele sentido mesmo de trabalhar junto (Angela, trabalhadora do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem).

Eu acredito que para gente pensar numa educação permanente efetivamente, ela teria que estar atrelada às metas do hospital para aquele ano. Pensar como cada setor poderia contribuir. Como as particularidades contribuiriam pra isso. Então, de repente, dessa forma você teria por exemplo um ano que você só ia fazer cursos para a área de gestão. A gente já fez algumas capacitações sobre isso, mais quando você fala em gestão a gente vive sempre numa areia movediça. Toda hora mudar. É uma gestão diferente, um perfil diferente. E isso atrasa todos os outros processos, né? Daí muda a gente, muda a gestão. Do nada, o chefe fala que não quer mais aquela equipe, ai cada um volta para o seu quadrado e a gente não tem segurança para trabalhar. De forma que a gente fique independente de quem senta nas cadeiras. Se a gente tivesse, por exemplo, uma comissão fixa ela iria continuar existindo independente de quem entrar para ser Diretor. E, se uma pessoa ou outra por algum motivo tiver que sair, sei lá, porque exonerou ou foi para outro lugar, que a comissão tenha autonomia para colocar uma outra pessoa para substituir (Bruna, trabalhadora da ARDEP/RH).

Desse modo, o trabalho com o colegiado, além de promover melhorias na questão da

fragmentação do trabalho e na interlocução entre os setores, propiciaria a gestão compartilhada das decisões, uma vez as prioridades de ação seriam decididas coletivamente e todos saberiam aonde se quer chegar, bem como as ações implementadas teriam continuidade, na medida em que não dependeriam tanto dos gestores, mas sim das decisões tomadas pelos membros do colegiado. Os atores envolvidos na elaboração e realização das ações educativas seriam responsáveis não apenas por propiciar o atendimento às demandas de aprimoramento técnico dos trabalhadores de sua categoria, como também por desenvolver ações voltadas para o coletivo, a partir do diálogo multiprofissional com os representantes das outras categorias no processo de construção das atividades educativas.

Além do trabalho com o colegiado, é necessário ainda que sejam efetuadas modificações na forma de elaboração do plano anual de educação do HFB, denominado atualmente de Plano de Desenvolvimento de Pessoas. Tal plano precisa refletir as principais demandas de qualificação dos trabalhadores e, para isso, precisa ser fruto do debate com eles. É importante que compreendam o porquê da escolha de determinadas ações, bem como a importância do que está sendo feito e o que se pretende com aquilo. O PDP além de não ser discutido coletivamente, quando aprovado pelo MS no início do ano, não é apresentado aos servidores com as devidas justificativas do que foi ou não autorizado. Assim, apenas o RH e as chefias dos serviços tomam ciência das ações contidas neste documento.

No processo de construção de um projeto de educação anual no HFB, os trabalhadores precisam ser envolvidos nas discussões de modo que relevem as suas necessidades de capacitação e seus temas de interesse para que as ações de fato contribuam com a sua prática profissional e possam propiciar as mudanças necessárias.

Além disso, nos processos de educação permanente em saúde, é fundamental o desenvolvimento de rodas de conversa que propiciem a troca de conhecimentos, experiências e reflexões entre trabalhadores de uma mesma área profissional e entre trabalhadores de diferentes áreas (encontros multiprofissionais). Efetuar essas trocas possibilita o fortalecimento dos trabalhadores e a construção de objetivos em comum.

Sobre esse assunto, a entrevistada Ana, do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, quando afirma que:

Esse intercâmbio de conhecimentos (entre as diferentes áreas) poderia já ser um facilitador. Uma vez já foi até tentado realizar encontros multiprofissionais aqui, mas, não sei porque, não foi à frente. Infelizmente, aqui as coisas também começam e não tem continuidade..

Em relação à elaboração do PDP, cabe destacar ainda a necessidade apontada por alguns entrevistados de haver uma maior interlocução entre os hospitais da rede federal do Rio de

Janeiro, com a participação também efetiva do MS, no sentido de trocarem informações acerca das ações realizadas, os erros e acertos envolvidos no processo, bem como para favorecer o intercâmbio de conhecimentos entre as diferentes especialidades e a aproximação entre os gestores de cada instituição. Todavia, apesar de apontarem a importância desta troca, os entrevistados consideram que as escolhas elencadas no PDP devem refletir às demandas e às especificidades vivenciadas em cada hospital. Nesse sentido, a entrevistada Bruna, do RH, menciona que:

De repente você vai ter uma realidade, por exemplo, em outro hospital que o pessoal vai conseguir fazer tudo que está ali no Plano. Eles, de repente, já arrumaram um caminho. Mas, assim, o caminho deles não é o mesmo caminho que o nosso. Até porque aqui a gente é um hospital geral e isso é de uma complexidade tamanha. A gente já tem uma outra perspectiva diferente dos outros hospitais...Além da realidade da unidade, tem também a de cada setor.

Além disso, para uma melhor organização interna, os entrevistados apontaram para a necessidade de construção de uma agenda unificada no HFB com os principais eventos realizados anualmente pelos setores a fim de evitar sobreposição das ações e até para viabilizar a participação dos profissionais nas ações. Nas palavras da entrevistada Fátima, do CEAP,

Até hoje a gente não tem uma agenda unificada na unidade, não sabe quando vai acontecer, que espaço a gente vai ter para realizar aquilo... Enfim, eu acho que passaria por esse caminho também de haver uma comunicação para se tentar organizar essa agenda anual com as principais ações.

Para que as ações educativas conquistem os objetivos almejados, é preciso ainda que haja um quantitativo maior de verbas para investir nas ações internas e externas e também maiores investimentos para melhoria da infra-estrutura do local. Assim, é necessária à construção de espaços de aprendizagem bem equipados, com os recursos tecnológicos, internet adequada e também com as aparelhagens necessárias para realização de ações educativas voltadas para a área assistencial, tendo em vista que aperfeiçoar os procedimentos técnicos fazendo uso dos melhores equipamentos e tecnologias também é importante para prestar uma assistência mais qualificada aos pacientes. Portanto, para que dêem resultados, as ações de educação devem estar articuladas com os dispositivos de mudanças organizacionais.

Um outro caminho sugerido pelos entrevistados foi a constituição de um banco de talentos no HFB, que revele a formação técnica ou acadêmica de cada profissional e sua área de especialidade, para que possa ser consultado pelos trabalhadores envolvidos nos processos educacionais no momento de escolha de um profissional qualificado em determinada área para ministrar as ações. Além disso, é importante que quando se tratar da escolha de um profissional interno, com disponibilidade para ministrar os cursos fora do seu horário de trabalho, este seja contemplado com o recebimento de alguma espécie de gratificação, tendo em vista que planejar,

executar e desenvolver uma ação educativa não é fácil e requer comprometimento e dedicação do profissional. Como afirma a entrevistada Bruna, do RH,

É necessário aproveitar melhor os profissionais que a gente tem aqui no HFB. Tem um que tem tal formação e que poderia se disponibilizar para dar um treinamento para sua equipe ou para outras equipes. Mas aí já vai para outra questão, né? Eles pensam: ‘Eu vou fazer, mas eu vou ganhar o que com isso?’, ‘Só mais trabalho né?’ Então, potencial para gente fazer várias coisas aqui, a gente tem. Temos profissionais muito bons que poderiam estar dando um retorno maior para a Instituição, colaborando mais com essa parte de capacitação. A gente tem bastante gente, alguns com mestrado e doutorado que poderiam retornar isso para a instituição.

Além disso, como forma de diminuir o problema da desmotivação, que apareceu tão forte nas entrevistas e promover a valorização profissional, os entrevistados sugeriram a implementação de um Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) como forma de valorizar os trabalhadores por sua formação e também de motivá-los a estarem buscando sempre se qualificar mais. Na visão da entrevistada Paula:

Se houvesse um programa institucional ou Ministerial, enfim, que desse esse tipo de apoio (gratificação) para gente, como outros locais têm, né. O estímulo realmente seria outro. A gente procuraria assim dar mais gás, né? Porque saberia que aquilo ia te dar um retorno financeiro no futuro né? É o que você perdeu nesse caso, nesse tempo todo, valeria a pena. Mas, a gente não tem isso. Então, muitos colegas me questionam porque eu fiz isso o mestrado e o doutorado. Mas, eu sempre tive vontade e eu fico feliz de ter conseguido. Era um sonho, foi uma luta e tanto para conseguir, então, a gente tem que ter orgulho realmente do nosso sacrifício. E do nosso esforço ter valido a pena, nem que seja só em relação à realização pessoal né, já que o incentivo institucional a gente não tem (Paula, médica lotada no CEAP).

Em relação à equipe médica, a entrevistada Paula salienta ainda que:

[...] como não tem estímulo, alguns médicos são obrigados a procurar por melhores salários. Tem um número grande de profissionais médicos que saíram do Ministério porque o retorno financeiro lá fora é muito maior do que o nós temos aqui. Então isso é um problema sério. Pouquíssima gente fica porque eles dizem o seguinte: O material nem sempre é tão adequado, a tecnologia hoje é muito mais rápida. Então, lá fora eles vão ter a tecnologia, os materiais para trabalhar e eles têm condição de ganhar mais.

É importante salientar que, apesar do incentivo financeiro ser extremamente necessário, a questão da motivação envolve também outras questões que extrapolam a dimensão financeira. Um trecho da entrevista com a servidora Fátima, do CEAP, elucida essa questão:

Temos que valorizar o que a gente tem aqui dentro porque a gente não valoriza, a gente vem com os chicotes sempre, porque foi isso, porque foi aquilo, porque foi aquilo outro. Mas a gente tem um serviço de ouvidoria que funciona e que a gente não sabe os elogios que são feitos para as equipes. As notícias ruins a rádio corredor informa. Mas, as boas não são muito divulgadas. E assim, eu acho que dá outro ânimo para equipe também quando o paciente é bem atendido, uma família percebe o comprometimento daquela equipe, vai lá e faz um elogio. Às vezes, não é nem uma motivação financeira só, mas também é uma motivação para aquela equipe receber um elogio, né. São ações que podem acontecer e que não precisa de muito.

Desse modo, percebe-se que a motivação tem haver também com a subjetividade dos trabalhadores, a forma como eles se sentem no trabalho, as relações interpessoais que são

estabelecidas e as condições que possuem para realização das atividades inerentes a sua função.

Por fim, sugere-se como um caminho a necessidade de uma maior conscientização dos trabalhadores acerca da importância das mobilizações coletivas para superação dos desafios em torno de melhorias nas condições de trabalho, melhorias salariais, de implementação de um PCCS no local e, até de maiores investimentos em capital simbólico. Assim, essas questões poderiam ser pano de fundo para propiciar uma maior integração entre os trabalhadores e os diferentes setores do hospital a fim de buscar coletivamente as condições necessárias para se repensar os processos que precisam ser transformados, tanto no âmbito interno quanto no externo. Talvez, o próprio debate acerca da precarização do trabalho em saúde, tema tão marcante no conjunto das entrevistas, seja uma possibilidade para dar o pontapé inicial nas mobilizações. Assim, defende-se como uma necessidade a organização coletiva dos trabalhadores do HFB, caso se queira realmente potencializar a luta pelas melhorias já citadas.

No decorrer da pesquisa de campo, os entrevistados mencionaram a necessidade e a importância da mudança no contexto do HFB. No entanto, a maioria defende que as iniciativas para implementar as mudanças devem vir de cima, ou seja, do MS e dos gestores. Desse modo, as ações dos próprios trabalhadores como indutoras de mudanças de forma ascendente, foi citada apenas pela entrevistada Bruna, do RH. Segundo ela:

Existe uma coisa que a gente esbarra muito, muito em qualquer coisa que a gente vai fazer é na cultura que existe dentro. Sim, né? E também na receptividade que o outro vai ter quando você chega sugerindo alguma coisa porque você foi em um curso. Então, grandes mudanças ela não começa de cima para baixo. Elas começam de baixo para cima. Então, as mudanças envolvem as outras pessoas também aceitarem aquela minha opinião ou percepção. Porque às vezes a pessoa vai falar: “ela está tentando só porque ela está lá ou porque quer aparecer”. Então assim, eu acredito que as grandes mudanças começam na parte do pequeno (no micro). Não adianta você querer de cima para baixo. A gente já está mais do que acostumado a ver que não funciona. Que a gente vê que tudo que vem de cima pra baixo, quando chega aqui na ponta, o negócio começa a degradingolar. É aí que a gente vê que tinha que ter uma visão mais ampla das ações que são tomadas a nível central. Mas, assim, na minha concepção é do pequeno para o maior.

Desse modo, neste estudo, defende-se que as iniciativas tanto no âmbito macroestrutural quanto no microestrutural (ou seja, aquelas promovidas pelos trabalhadores) são essenciais para que as mudanças sejam efetuadas. A ação dos gestores é importante no sentido de garantir as condições para a mudança e a sua continuidade, todavia, sem a mobilização da base, pressionando para que as mudanças sejam implementadas, elas dificilmente vão acontecer. Desse modo, as mudanças somente serão efetivas quando forem uma via de mão dupla.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou analisar as ações de educação desenvolvidas no Hospital Federal de Bonsucesso para os seus trabalhadores, buscando compreendê-las à luz da visão histórico crítica da educação permanente em saúde. Para tanto, buscou-se captar as disputas de concepções e práticas, dificuldades, contradições e desafios enfrentados na instituição para a construção de um projeto de educação permanente em saúde comprometido com a transformação do trabalho.

Na introdução são apresentadas as motivações da pesquisa, a trajetória da pesquisadora e a sua pretensão em contribuir com a reflexão acerca das ações educativas desenvolvidas no HFB e com a construção de um olhar mais fino voltado para a educação permanente em saúde crítica.

Nesse sentido, inicialmente, se discute sobre o surgimento da educação permanente e das diferentes perspectivas que embasam tal conceito. A educação permanente a depender da forma como é concebida e realizada pode colaborar com a transformação ou com a reprodução das relações de trabalho. Conforme salientam Leite, Pinto e Fagundes (2020, p.11) a educação permanente em saúde,

enquanto política ela é complexa e contraditória, podendo desencadear simultaneamente processos hegemônicos e contra-hegemônicos, visto que a educação contribuiria para a formação dos trabalhadores, desenvolvendo sujeitos aderentes ao *status quo* mas também com aptidões críticas, que a depender das condições objetivas poderiam mudar esse *status quo*.

As propostas de educação permanente que primam essencialmente pelo desenvolvimento do aspecto técnico-científico dos profissionais para a melhor execução de um determinado trabalho, favorece as exigências do mercado e do capital por uma mão de obra, cada vez mais, especializada e adaptável. Desse modo, as ações desenvolvidas colaboram para a manutenção das relações sociais hegemônicas no capitalismo, pautadas na superexploração do trabalhador pela classe dominante e, conseqüentemente, na reprodução das desigualdades sociais presentes nesse modo de produção. Já a proposta de educação permanente, alinhada a

uma perspectiva contra-hegemônica de educação, visa colaborar com a discussão entre os trabalhadores das questões relacionadas à sua prática, compreendendo que esta é desenvolvida a partir de determinações sociais, ideológicas, políticas e econômicas no contexto do capitalismo. Assim, o horizonte materialista, no qual esta proposta se escora, propõe a análise dos dispositivos e estratégias políticas, em sua ligação com a organização totalizante da vida, constituída na relação entre capital e trabalho. Uma educação contra hegemônica deve estar a favor dos trabalhadores e colaborar com as transformações relacionadas ao trabalho, a partir das disputas que devem ser efetuadas nas instituições e serviços no cotidiano da prática, bem como com as transformações nos processos econômicos, políticos e culturais que operam em grande escala.

Trazendo o debate para o campo da saúde, a seguir, é apresentado o resgate histórico da incorporação da educação permanente no campo da saúde. A análise realizada evidenciou que diferentes projetos de educação permanente estiveram (e ainda estão) em disputa no seu processo de implementação e efetivação no contexto da saúde. Como fora mencionado, a aposta do primeiro grupo que compôs a SGETS e que formulou a PNEPS, publicada por meio da Portaria GM/MS N. 198, de 13 de fevereiro de 2004, era a de transformar as práticas de saúde a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, exigindo o envolvimento ético-político dos trabalhadores para conquistar as mudanças almejadas. Com este primeiro grupo e a sua proposta de educação permanente em saúde viveu-se “a gênese de um movimento que se pretendeu ‘um permanente instituinte’, almejando a mudança não propriamente da ‘formação’ em si (mas também), mas de algo maior, talvez uma mudança na própria condução do Sistema Único de Saúde” (MATIAS, 2016, p.83).

No entanto, no bojo das disputas políticas, um outro grupo assume a SGETS em julho de 2005 e vai propor mudanças conceituais na PNEPS, a partir da publicação da Portaria nº 1996, com base nas discussões da área de recursos humanos em saúde e na proposta da OPAS para a América Latina, as quais priorizavam apenas a dimensão técnico-científica da formação e a adequação dos profissionais as relações de trabalho hegemônicas na área da saúde. Na visão de Matias (2016), as rupturas promovidas foram tão significativas que configuraram uma nova política, embora tenham permanecido com a nomenclatura da educação permanente em saúde.

No capítulo seguinte, a discussão foi efetuada apresentando o *lócus* da pesquisa (o Hospital Federal de Bonsucesso) e as questões relacionadas ao contexto social do trabalho nesta unidade que afetam diretamente os trabalhadores e os serviços de saúde prestados à população, bem como dificultam a construção e implementação de ações educativas afinadas com a proposta de educação permanente em saúde.

Já o último capítulo procurou, a partir da fala dos trabalhadores entrevistados que atuam nos serviços de educação do HFB e que estão na concretude do trabalho, analisar as ações educativas realizadas e as condições materiais existentes para o desenvolvimento das mesmas. Nesse sentido, foram eleitos alguns eixos de análise, sendo eles: as principais dificuldades vivenciadas no HFB para o desenvolvimento das ações educativas, as concepções de educação permanente em saúde que estão e disputa na instituição, as potencialidades do HFB e das ações educativas realizadas, bem como os desafios enfrentados e os caminhos sugeridos como possíveis para a construção de um projeto educação permanente em saúde no HFB comprometido com a transformação do trabalho. Nessa análise, o materialismo histórico-dialético e a perspectiva histórico-crítica da educação permanente em saúde deram subsídios para as discussões e propostas realizadas.

A pesquisa de campo evidenciou que há no HFB o predomínio de ações educativas voltadas para os especialismos técnico-científicos, estando estes relacionados à fragmentação do trabalho em saúde. Nessa conjuntura, espera-se que as qualificações ofertadas promovam mudanças na prática dos trabalhadores. No entanto, as condições materiais existentes na instituição e as condições superestruturais que envolvem o trabalho no SUS têm gerado extrema desmotivação nesses sujeitos, que vem sendo agravada diante da desvalorização do servidor público federal e da saúde pública como um todo, no contexto do neoliberalismo e das propostas gerencialistas para a saúde. Quando o foco é colocado apenas na dimensão técnica das formações esvazia-se o debate político não ampliando-o para as outras esferas que precisam se responsabilizar pelo trabalho e pelo trabalhador. Assim, transformar as práticas de saúde dentro desse cenário de precarização do trabalho é um grande desafio no SUS, que se mantém apesar de todas as adversidades.

Nesse contexto, sugere-se que tais circunstâncias sejam utilizadas como pano de fundo para promover uma maior integração entre os trabalhadores de forma que, no coletivo, sejam pensados caminhos e propostas de mudança. Sendo assim, defende-se também a necessidade de uma melhor organização coletiva dos trabalhadores do HFB, visando potencializar a luta por melhorias nas condições de trabalho, melhorias salariais, pela implantação de um PCCS no local e, até mesmo, por maiores investimentos em capital simbólico e na própria saúde pública. Acredita-se ainda que a educação permanente, desenvolvida a partir de uma perspectiva crítica, pode ter um grande potencial colaborador nesse propósito.

Assim, a proposta de educação permanente em saúde defendida ao longo deste estudo tem compromisso com os trabalhadores. Sua função é instrumentalizá-los para que, dependendo das condições objetivas vivenciadas na realidade histórica, eles sejam capazes de enfrentar as

questões de dimensão macro política-econômica que permeiam a sociedade e o processo de trabalho no SUS, visando promover transformações em seu benefício.

Desse modo, para que a educação permanente consiga de fato cumprir este objetivo é preciso que ocorra a superação da lógica pragmática que, por vezes, os processos de qualificação encampam, estando afinados com a pedagogia das competências e a sua lógica utilitarista. Há também que se considerar as críticas que são atribuídas a PNEPS, entre elas, o fato de colocar “nas relações internas aos serviços de saúde os elementos para a tomada de consciência, a qual levaria à transformação das práticas” (RAMOS, 2010, p.251-252). Importa salientar que essa visão, alinhada às teorias da micropolítica, atribuem a responsabilidade pela transformação das práticas de saúde aos próprios trabalhadores.

No entanto, a concepção de educação permanente que aqui é defendida, apesar de considerar tal crítica, entende que o objetivo desta educação não é depositar sobre os trabalhadores, exclusivamente, tal responsabilidade, mas, sim colaborar para que tenham uma compreensão do trabalho a partir de suas determinações políticas, sociais, culturais e econômicas no contexto do capitalismo.

Nesse sentido, corrobora-se com Ramos quando afirma que a prática profissional “precisa ser abordada como uma mediação específica da produção da existência humana, considerando as suas contradições sob o modo capitalista de produção, na perspectiva da relação parte-totalidade” (RAMOS, 2010). Além disso, a referida crítica imputada à educação permanente não leva em consideração que, tal como fora abordado no capítulo deste estudo referente ao resgate histórico da PNEPS, a proposta de educação permanente elaborada e implementada pelo primeiro grupo que ocupou a SGETS em 2004, constituído por uma minoria do movimento sanitário, era alinhada a discussão da saúde coletiva. Nesse contexto, a PNEPS foi parte de um conjunto de políticas que visavam o fortalecimento do SUS e de seus preceitos. Por isso mesmo, o seu processo de elaboração procurou envolver o coletivo e primou pela descentralização do poder de decisão ao propor o trabalho com o quadrilátero da formação, como denominou Ceccim e Feuerwerker (2004).

Corrobora-se também com Nespoli *et al.*, 2011, p.3, quando afirmam que

o debate travado em torno da EPS amplia o olhar sobre a educação quando propõe mudanças que versam pela interdisciplinaridade, pela integração de saberes e práticas, pela produção de subjetividades criativas e novas formas de operar o trabalho que prioriza o diálogo entre diferentes atores (gestores, profissionais, usuários, estudantes, conselheiros etc.), em um outro formato: circular, horizontal, participativo e democrático. A EPS responde a uma necessidade de reconstruir os processos de formação no âmbito do SUS, estendendo-os a todos os atores envolvidos com a gestão e produção de cuidado.

A partir do exposto, percebe-se que a aposta na educação permanente em saúde não deve ser uma aposta solitária, mas sim fruto de uma discussão que precisa ser travada em um âmbito maior, ou seja, no conjunto da sociedade como um todo, para que traga os benefícios almejados para o SUS e para os seus trabalhadores. Assim, é importante salientar que o desafio para a concretização da educação permanente em saúde não é um problema exclusivo do HFB e nem se trata apenas dos serviços de saúde fazerem valer a PNEPS, mas sim do enfrentamento de algo maior. Trata-se de debater amplamente no âmbito socio-econômico as questões relativas ao trabalho em saúde, discutindo acerca das dificuldades estruturais nele existentes no modo de produção capitalista, tais como: a precarização, a desmotivação diante da sociedade do desempenho, a sociedade do cansaço e a intensificação do trabalho. Portanto, deve-se compreender que a educação permanente mesmo sendo um caminho importante de mudança e luta, deve estar envolvida em um projeto maior de luta social, que afirme a centralidade da vida e, no caso do trabalhador da saúde, de melhorias no SUS e em suas condições trabalho.

É nesse sentido que aqui se propõe a ressignificação da proposta de educação permanente em saúde, considerando-a como capaz de favorecer a luta pela valorização dos serviços públicos, em especial, da área da saúde e de seu pessoal em um contexto em que a pauta do trabalho perdeu espaço para a agenda neoliberal. Ressalta-se ainda a necessidade de se realizar mais pesquisas nos serviços de saúde sobre a educação permanente, visando propiciar a retomada de suas discussões com viés crítico. Por isso, defende-se que a PNEPS, mesmo estando enfraquecida atualmente no campo político, seja ressignificada e atualizada, no que for necessário, de forma que possa ser um instrumento em prol da transformação do trabalho no SUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, W. F. Crítica à razão gestonária na educação: o ponto de vista do trabalho. **Rev. Bras. Educ.**, v. 19, n. 56, 2014.
- ANDRÉ, M. O que é um estudo de caso qualitativo em educação? In: Revista da FAEEBA – **Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 40, p. 95-103, jul./dez. 2013.
- ANTUNES, R. As respostas do capital à sua crise estrutural: reestruturação produtiva e suas repercussões no processo de trabalho. In: ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2000, p. 29-34.
- AROUCA, A.S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AZEVEDO, C. da S. & Sá, M. C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.
- _____. A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde. In: AZEVEDO, C. da Silva; SÁ, M de Castilho. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: Abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Cap. 2. p.51-74.
- BARROS, M. de. **Memórias inventadas**. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2018.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina**, v. 32, n. 1, p.25-40, 2011.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p.11-16, 2005.
- BRAGA, J.C. de S., PAULA, S.G de. **Saúde e previdência: Estudos de política social**. São Paulo: Cesbes-Hucitec, 1981.
- BRANDÃO, C. R. **O que é Educação Popular**. São Paulo: Brasiliense, 1986. (Coleção Primeiros Passos). Disponível em: <<http://ifibe.edu.br/arq/201509112220031556922168.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. Por dentro do HGB. Rio de Janeiro: MS, 2006.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 jan. 1988. p.1, anexo. Disponível em:

<www.tse.jus.br/legislacao/codigo-eleitoral/constituicaofederal/constituicao-da-republicafederativado-brasil>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1.

BRASIL. Portaria n. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 ago. 2007. Seção 1, p.34.

BRASIL. Portaria n. 278 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei n. 13467, de 13 de julho 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm>. Acesso em 16 mai. 2022.

BRASIL. Decreto n.º 9.991, de 28 de agosto de 2019. Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, quanto a licenças e afastamentos para ações de desenvolvimento. Brasília, DF: 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9991.htm>. Acesso em: 01 jun. 2022.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; HADDAD, A.E.; VIANA, A.L.D.; FARIA, R.M.B. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde / Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.39-51.

CARDOSO, M. L. Capitalismo dependente, autocracia burguesa e revolução social em Florestan Fernandes. In: **Coleção Documentos**, Instituto de Estudos Avançados – USP, São Paulo, jul./1997. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/limoeirocardosoflorestan1.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p.99-122, 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.975-86, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2005.v10n4/975-986/pt/>>. Acesso em 18 abr. 2021.

_____; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

Chega a 16 o número de mortes de pacientes transferidos do Hospital de Bonsucesso após incêndio. **O Globo**, Rio de Janeiro, 10 nov. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/chega-16-numero-de-mortes-de-pacientes-transferidos-do-hospital-de-bonsucesso-apos-incendio-24738311>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

CHINELLI, F; VIEIRA, M; DELUIZ, N. O Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al. **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p.23-48. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13865/2/Trabalhadores%20T%c3%a9cnicos%20em%20Sa%c3%bade_Conceito%20de%20Qualificacao.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CORBO, A. M. D'A., PONTES, A., MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M..V. G. C, CORBO, A.(Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, Ed: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.69-106.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: Estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. In: **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, set-dez 2001. Disponível em: <<https://www.bts.senac.br/bts/issue/view/67/93>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

DRUCK, G. Trabalho, Precarização e Resistência: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24. N. spe n. 01, p.37-57, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/qvTGPNcmnSfHYJjH4RXLN3r/?lang=pt>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

_____. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, p.15-43, 2016.

_____; DUTRA, R; SILVA, S. C. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Caderno CRH, Dossiê**, v. 32, n. 86, 2019, p. 289-305.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 35, p.229-248, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como Prática da Liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FRIGOTTO, G. Novos fetiches da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE, Juarez de; PAIVA, Lauriana Gonçalves de. (Org.). **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo**. 1ª ed. Juiz de Fora: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011, v. 1, p.18-35. Disponível em: <<https://oebiear.wordpress.com/2015/03/30/livro-as-politicas-publicas-para-a-educacao-no-brasil-contemporaneo/>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

GADOTTI, M. **Educação popular e educação ao longo da vida**. 2016. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/jspui/bitstream/7891/10020/2/FPF_PTPF_01_0470.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

_____. **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em perspectiva**, v. 14, n. 2, p. 03-11, 2000.

GAULEJAC, V. de. Os fundamentos da ideologia gerencialista. In: GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ideias & Letras, 2007, p.63-79. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/330719/mod_resource/content/1/Gaulejac%202007%20Gest%C3%A3o%20como%20doen%C3%A7a%20social.pdf>.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, Atlas, 2008.

GIGANTE, R.; CAMPOS, G. (2016). Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. In: **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 14. p.747-763, set./dez. 2016.

GOMES, R. **Humanização e Desumanização no trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 27-48.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO. Gestão. **HFBnet**. Disponível em: <<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO. Direção Geral. **Relatório de Gestão do HFB**. 2014.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p.1229-1236, 2011.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe
Permanent education: Limits and possibilites in the Latin American and Caribbean Context. **Revista Linhas**, [S. l.], v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1252/1064>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

LAZARINI, W.S., SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019;14(41):1904. Disponível

em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1904)>.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L.Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, 2020.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tes/a/4BZcBgr5mXVpkqQygzM9hrG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.149-160, Junho, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tes/a/sL4mqKtZYBrgtVCMHGK4ZrR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 mai. 2022.

_____. Modernização e Precarização da vida no Trabalho. In: ANTUNES, R. (Org.).

Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 4. p.45-54.

MARQUES, M. Capitalismo dependente e cultura autocrática: contribuições para entender o Brasil contemporâneo. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p.137-146, jan./abr. 2018.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v21n1/1414-4980-rk-21-01-00137.pdf>>.

Acesso em: 15 de jan. 2021.

MARX, K; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATIAS, M. M. M. **Políticas de Educação em Saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital*, Barcelona, v. 13, n. 2, 2013. p.239-244.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-177, fev. 2005.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**. 2012, 17: 621-626.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOURA NETO, F. D. M. de. Bases para uma Reforma Psiquiátrica. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Ed. Mandacaru Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1990, p.57-65.

MOROSINI, M. V. G. Cardoso. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 14, núm. 1, Suppl., 2016, p.5-7 Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V. M. B.. Discursos que formam saberes: uma análise das

concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p.985-996, 2011.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NÓVOA, A. Educação 2021: Para uma história do futuro. **Revista Iberoamericana de Educación, Madrid**, N° 49, p.181-199, 2009.

OTT, M. B. Educação permanente: alienação ou libertação? **Revista de Educação AEC**. Brasília, v. 20, n. 79, p.07-14, abr./jun. 1991.

Pandemia afetou saúde mental de 8 em 10 profissionais da assistência social. **Uol**, 2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/11/24/78-dos-assistentes-sociais-tiveram-a-saude-mental-afetada-pela-pandemia.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde em Debate**, vol. 33, n. 81. Abril, 2009.

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B. et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. EPSJV, 2008, p.317-320.

PRONKO, M; FONTES, V. Hegemonia. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I. B.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. (org.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p.391-397.

QUEM É Marcelo Queiroga, o quarto ministro da Saúde durante a pandemia. **Carta Capital** [online], São Paulo, 15 mar. 2021. Política. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/quem-e-marcelo-queiroga-o-quarto-ministro-saude-pandemia/>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

RAMOS, M. Projetos Societários em Disputa no Brasil Contemporâneo: a Universalização da Educação Básica e a Educação Profissional. In: MOURA, Dante Henrique. **Educação profissional: desafios teórico-metodológicos e políticas públicas**. Natal: IFRN, 2016, p.121-144.

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

_____. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: Fonseca, Angélica Ferreira. **O processo histórico do trabalho em saúde**. In: FONSECA, Angélica et. al. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39180>>. Acesso em: 15 de jan. 2021.

_____. pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo)pragmatismo e o (neo)tecnicismo. In: ANDRADE, J. de; PAIVA, L. G. de. (Org.). **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo**. 1a ed. Juiz de Fora: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, p.56-71, 2011.

REZENDE, M. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde** – Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013, 214 f.

ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. **Educación permanente y trabajo en salud: un proceso constructivo**. *Educación Médica y Salud (OPS)*;27(4):466-88, oct.-dic. 1993.

SANTANA, M. A., RAMALHO, J.R. **Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo**. 3.ed.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. São Paulo: Cortez, 1984.

_____. Trabalho e Educação: Fundamentos ontológicos e históricos. **Rev. Bras. Educ.** vol.12, n.34, Rio de Janeiro, Jan./Abr. 2007, p.152-165. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

_____. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. 11ª edição rev. Campinas-SP, 2012.

SCHMIDT, L.; OLIVEIRA, S. Hospital de Bonsucesso perdeu 1,3 mil funcionários em sete meses, segundo documento assinado por diretor da unidade. **G1**, Rio de Janeiro, 25 mai. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/05/25/hospital-de-bonsucesso-perdeu-13-mil-funcionarios-em-sete-meses-segundo-documento-assinado-por-diretor-da-unidade.ghtml>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SCHULTZ, T. W. **O valor econômico da educação**. Trad. de P.S. Werneck. Rev. Técnica de C.A. Pajuaba. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

SERFATY, F. Transplante de córnea inédito é realizado em hospital público do Rio de Janeiro. **VejaRio**, Rio de Janeiro, 21 jun. 2022. Disponível em: <<https://vejario.abril.com.br/coluna/fabiano-serfaty/transplante-de-cornea-inedito-e-realizado-em-hospital-publico-no-rj/>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

SILVA, C. P. G. *et al.* Gênese do serviço de enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso: contribuição da escola Ana Néri. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.82 87, 2012. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2022.

SOUZA, J. S. A Educação Profissional no Contexto da Reengenharia Institucional da Política Pública de Trabalho, Qualificação e Geração de Renda: novos e velhos mecanismos de manutenção da hegemonia burguesa no governo FHC. In: *Revista Trabalho Necessário*. Ano 11, nº 16, 2013.

TEIXEIRA, M. **Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

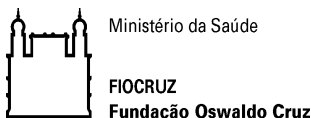
VAGHETTI, H; VAZ, M.R.C. Década de 40: uma reflexão sobre o contexto sócio-econômico e político brasileiro e sua influência na enfermagem. **Texto&Contexto Enferm**, 1998 jan/abr;7(I):9-26.

VECCHIA, M. D. O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde. In: VECCHIA, Marcelo D. **Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: Fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012, p.23-64. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109238/ISBN9788579833571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 09 mai. 2021

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90. O (longo) período de reformas. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e saúde para o ensino médio**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, p.113-133, 2000.

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

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.



APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV CURSO DE MESTRADO: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PESQUISADORA: VERÔNICA WERMELINGER COSTA NONATO

PESQUISA: **DISPUTAS, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO**

Dia ___/___/_____ Horário:___:___ Participante (nome fictício): _____

Dados de perfil:

Gênero: () M () F () Outros Idade: _____

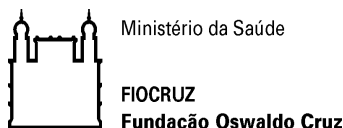
Formação profissional e Pós graduação: _____/_____

Instituições Formadoras: _____/_____

Tempo de atuação no HFB: _____ Setor em que atua:_____ Cargo/função:_____

Perguntas norteadoras:

- 1) Como você percebe a educação permanente em saúde?
- 2) O que você sabe dizer a respeito das iniciativas institucionais e do MS para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no HFB? Quando ocorreram essas iniciativas? Você participou desse processo? Se sim, o que achou?
- 3) Me fale um pouco sobre as ações de educação desenvolvidas no HFB? Exemplifique?
- 4) Você observa alguma mudança na prática dos profissionais de saúde e nos serviços a partir dessas ações? Em que sentido?
- 5) Você considera que há apoio institucional para realização de ações de educação para os trabalhadores de saúde no HFB? Por quê?
- 6) A partir da sua prática, quais as principais dificuldades e desafios identificados para a realização de ações de educação permanente na instituição?
- 7) Em sua opinião, quais potencialidades podem ser percebidas nas ações de educação realizadas no HFB?
- 8) Em sua perspectiva, como as ações educativas poderiam ser desenvolvidas para serem caracterizadas como de educação permanente, isto é, para que estejam comprometidas com a transformação do trabalho?



APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Verônica Wermelinger Costa Nonato, discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Cruz - EPSJV/Fiocruz, convido você a participar da pesquisa “**Disputas, contradições e desafios para a construção de um projeto de educação permanente no Hospital Federal de Bonsucesso comprometido com a transformação do trabalho**”. O objetivo geral dessa pesquisa é analisar as ações de educação desenvolvidas para os trabalhadores da saúde no Hospital Federal de Bonsucesso, buscando compreendê-las à luz da visão crítica da educação permanente em saúde.

Neste sentido, este convite se justifica devido a sua atuação enquanto servidor público em um dos serviços responsáveis pelo desenvolvimento de processos educativos voltados para os trabalhadores de saúde do HFB. Assim, a sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa que pretende contribuir com diretrizes para a construção de um projeto de educação permanente crítico no HFB.

A sua participação é livre e voluntária e consistirá em responder uma entrevista com perguntas acerca das ações de educação desenvolvidas na referida instituição. As entrevistas serão realizadas via aplicativo de um celular com gravação de voz apenas, garantindo-se a privacidade e o sigilo das informações fornecidas. Os dados coletados serão de uso exclusivo da pesquisadora com fins estritamente científicos. A pesquisa durará até maio de 2022.

Após a gravação da entrevista as informações serão transcritas, permitindo uma melhor sistematização e interpretação da análise de dados. Caso queira, você poderá revisar a transcrição das suas falas, antes da sua incorporação aos resultados do estudo.

As informações coletadas poderão ser divulgadas em eventos e ou periódicos de natureza exclusivamente científica. O armazenamento adequado dos dados é de responsabilidade da pesquisadora, assim como os procedimentos para assegurar os padrões profissionais de sigilo da sua identidade. Desse modo, a gravação de voz da entrevista será armazenada em um disco rígido (HD), pertencente e de acesso exclusivo à pesquisadora. Tais informações serão utilizadas estritamente para fins exclusivamente científico, permanecendo armazenadas por um período de 5 (cinco) anos. Posterior a este intervalo, os dados serão excluídos, assegurando a confidencialidade das informações.

No final deste termo de consentimento consta o endereço, telefone e e-mail da pesquisadora, para que você possa tirar quaisquer dúvidas sobre o projeto, independente da etapa de desenvolvimento. Também poderá desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo. A sua participação nessa pesquisa não implica em nenhum custo financeiro para você, assim como você não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela sua participação.

Caso se sinta prejudicado de alguma maneira por esse estudo, poderá recorrer aos meios legais, que prevêem indenização, conforme o artigo 19, da Resolução nº 510/16. Conforme o Art. 9, VI, da Resolução CNS nº 510/2016, você possui o direito de ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa (art. 9, VI). Importante destacar que todos os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que nesse estudo estes são mínimos. Os possíveis riscos decorrentes da sua participação

poderão estar relacionados: 1) a apreensão ao responder algumas perguntas e ser prejudicado no exercício de sua função; 2) ao uso dos dados que possam identificá-lo de alguma forma; 3) ao desconforto em emitir opiniões pessoais.

Para minimizar tais riscos, os participantes serão comunicados do direito à interrupção da participação, ressarcimento e/ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos, garantindo o acesso aos resultados finais do trabalho e a manutenção do anonimato relacionado à sua identificação pelas informações. Vale ressaltar que apenas a pesquisadora e a sua orientadora terão acesso às informações fornecidas – a orientadora terá acesso às informações transcritas, e não aos dados brutos.

Os benefícios indiretos relacionados a esta pesquisa consiste em buscar contribuir para a construção de um projeto de educação permanente no HFB comprometido com a transformação do trabalho e também colaborar para a retomada das discussões sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, resgatando algumas questões importantes que ela traz e que estão sendo perdidas, bem como buscando a sua atualização no que precisa ser modificada. Em nenhuma hipótese haveria benefícios materiais (pagamento, ajuda de custo etc.). Os benefícios desta pesquisa serão exclusivamente acadêmicos, visando contribuir para aprofundamento de um estudo comprometido com o hospital em estudo ao desenvolver reflexões acerca dos processos educativos desenvolvidos, compreendendo-os a partir da realidade social do trabalho. Nesse sentido, propõe a ressignificação e instituição de uma educação permanente crítica. Os resultados deste estudo serão divulgados para os participantes quando esta for finalizada, além disso, serão expostos na dissertação do mestrado e poderão ser divulgados em livros e artigos científicos.

O seu “aceite” a este termo de consentimento será feito em duas vias, ficando uma com você e a outra arquivada pela pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre qualquer aspecto desse estudo, você pode entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz nos endereços abaixo. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2021.

Rubrica do participante _____

Rubrica da pesquisadora: _____

Comitê de Ética EPSJV

Endereço: Avenida Brasil,4365, Manguinhos, Sala 7 (Container)-EPSJV/Fiocruz.. CEP:21045-900 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil. Telefone: (21) 3865-9809. Email: cep.epsjv@fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa do HFB

Endereço: Avenida Londres, 616, Prédio 5 / 5º andar – Bonsucesso. CEP: 21041-030 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil. Telefone: (21) 3977-9833. Email: cephgrj@gmail.com

Pesquisadora responsável

VERÔNICA WERMELINGER COSTA NONATO. Endereço: Rua Mato Grosso, Nº 90. Outeiro das Pedras. Itaboraí/RJ. CEP: 24812-328. Tel:(21)99841-3554. E-mail: veronicawermelinger@globo.com

Contato orientador

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz). Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV. Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde. Telefone: 3865-9748. E-mail: grasiele.nespoli@fiocruz.com

APÊNCICE C**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Projeto submetido à avaliação na Plataforma Brasil em 24/08/2021, tendo recebido parecer favorável do CEP da EPSJV em 10/11/2021 e do CEP do HFB em 22/11/2021.

Número do CAAE: 51140421.6.0000.5241

Informações disponíveis em:

<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/administrador/4x4Novo/detalharProjetoAgrupadorApreciacao.jsf>

