

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

Mônica Cristina Marques Pavani

AS POLÍTICAS DE CAPACITAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O  
TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO PERÍODO DE 2003 A 2010:  
apontamentos sobre a política nacional de atenção básica e a política nacional de educação  
permanente em saúde

Rio de Janeiro - RJ

2012

Mônica Cristina Marques Pavani

AS POLÍTICAS DE CAPACITAÇÃO DO MINISTERIO DA SAÚDE PARA O  
TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO PERÍODO DE 2003 A 2010:  
apontamentos sobre a política nacional de atenção básica e a política nacional de educação  
permanente em saúde

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

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro - RJ

2012

Catlogação na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

P337p

Pavani, Mônica Cristina Marques

As políticas de capacitação do Ministério da Saúde para o trabalho na Atenção Básica em Saúde no período de 2003 a 2010: apontamentos sobre a política nacional de atenção básica e a política nacional de educação permanente em saúde. / Mônica Cristina Marques Pavani. - 2012.

78 f.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

1. Trabalho. 2. Atenção Básica 3. Saúde. 4. Capacitação. I. Matta, Gustavo Corrêa. II. Título

CDD 614.4

Mônica Cristina Marques Pavani

AS POLÍTICAS DE CAPACITAÇÃO DO MINISTERIO DA SAÚDE PARA O  
TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO PERÍODO DE 2003 A 2010:  
apontamentos sobre a política nacional de atenção básica e a política nacional de educação  
permanente em saúde

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

Aprovada em 20/12/2012

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos (UERJ / Instituto de Medicina)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Monica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

*Dedico esse trabalho aos  
filhos do meu coração:  
Varlen, Vitor, Vagner, Vinicius  
e Luiza Pavani, de quem os sorrisos  
iluminam meus dias.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais e a todos aqueles que acompanham, de perto ou de longe, a minha trajetória, me incentivando, apoiando nos momentos mais delicados da vida.

Agradeço, especialmente, ao meu orientador Gustavo Corrêa Matta, que mais que Professor Doutor, considero amigo e aos meus outros amigos, por ordem alfabética, Carmen Lucia Casassola Monteiro da Silva, Marcia Alice Azevedo, Nelson Roncatte Pinheiro e Ray Luiza Muller, por seu apoio, pela sua presença constante.

Agradeço aos meus alunos, por terem me despertado alguns questionamentos que nortearam as minhas buscas acadêmicas.

## RESUMO

Este trabalho se constitui de apontamentos sobre as políticas do Ministério da Saúde (MS) para a capacitação do trabalhador para a Atenção Básica em Saúde (ABS), utilizando-se uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, via análise documental das políticas do Ministério da Saúde (MS) para essa finalidade, no período de 2003 a 2010, buscando identificar a correlação de forças existentes no conteúdo dos referidos documentos tendo por base as diretrizes, planos e programas formulados pelo MS relacionados aos seguintes documentos: as duas regulamentações das Políticas Nacionais de Educação Permanente (a de 2003 e a de 2007); a Política Nacional da Atenção Básica em Saúde, materializada na Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006 e seus desdobramentos através da Portaria nº 2527/2006 que estabeleceu o conteúdo mínimo do Curso Introdutório, as propostas do PROESF e do TELESSAUDE, e suas relações com a capacitação dos trabalhadores.

Apesar do tom legalista contido nessa pesquisa, entende-se que há uma disputa entre o texto da lei e sua materialização e que nessa disputa há vários atores e interesses envolvidos e partir desta pesquisa se conclui que a capacitação do trabalhador inserido no nível de atenção básica em saúde, mesmo quando formalmente organizada na perspectiva de alterar a visão tecnicista proposta por uma formação de base flexneriana, acaba por reproduzir o mecanicismo que influencia negativamente na consecução da integralidade da assistência à saúde.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde. Capacitação.

## **ABSTRACT**

This work constitutes of notes on the policies of the Ministry of Health for the training of workers for the Primary Health Care , using a qualitative, exploratory, via documentary analysis of the policies of the Ministry of health for this purpose, in the period from 2003 to 2010, seeking to identify the correlation of forces in the content of the documents based on the guidelines, plans and programs formulated by Ministry of health relating to the following documents: the two regulations of National Policies Continuing Education (the 2003 and 2007), the National Policy on Primary Health Care, embodied in the GM / MS No. 648 of March 28, 2006 and its aftermath through Ordinance No. 2527/2006 which established the minimum content Introductory Course, the proposals of PROESF and TELESSAUDE, and their relationships with the training of workers.

Despite the legalistic tone contained in this research, it is understood that there is a dispute between the text of the law and its materialization in this dispute and that there are many actors and interests involved and from this research concludes that training of workers inserted at the level of primary care health, even when formally organized with a view to change the technical vision proposed by basic training flexneriana ends up reproducing the mechanism that negatively influences the achievement of comprehensive health care.

Key-words: Work. Health. Training.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABS - Atenção Básica em Saúde

APS -Atenção Primária em Saúde

BM - Banco Mundial

CF - Constituição Federal

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DEGES - Departamento de Gestão da Educação em Saúde

DEGERTS- Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DF - Distrito federal

ESF - Estratégia de saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

MTE- Ministério do Trabalho e Emprego

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROENF - Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROMED - Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas

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

PSF - Programa de Saúde da Família

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SF- Saúde da Família

SESU -Secretaria de Educação Superior

SUDS -Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 JUSTIFICATIVA, METODOLOGIA E OBJETIVOS .....	10
1.2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E REVISÃO DE LITERATURA .....	12
1.2.1 Política .....	13
1.2.2 O Trabalho em Saúde .....	16
1.2.3 Qualificação, capacitação, desenvolvimento, recursos humanos .....	18
1.2.4 O Contexto de Formação do Trabalhador de Saúde para a ABS .....	22
1.2.4.1 <i>Atenção Básica em Saúde no Brasil: significado, histórico e organização</i> .....	23
1.2.5 A Formação para o trabalho em Saúde no Brasil .....	34
1.2.6 A Educação Permanente .....	48
<b>2 APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES INSERIDOS NESSE NÍVEL DE ATENÇÃO</b> .....	51
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) .....	51
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	55
2.3 ANÁLISE DA PROPOSTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A CAPACITAÇÃO DO TRABALHADOR A PARTIR DA POTARIA GM/MS Nº 648 DE 2006 (PNAB 2006) ....	60
2.3.1 O PROESF .....	69
2.3.2 O Telessaúde .....	70
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 JUSTIFICATIVA, METODOLOGIA E OBJETIVOS

A pesquisa em questão se propõe a investigar as políticas do Ministério da Saúde (MS) para a capacitação do trabalhador para o até então, nomeado, nível de Atenção Básica em Saúde (ABS), atual Atenção Primária em Saúde (APS), no período 2003 a 2010 partindo da perspectiva de que a APS é considerada, atualmente, estratégica para a reorganização e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e tem nos trabalhadores de saúde um elemento fundamental para a materialização dos princípios e diretrizes que o constituem..

Para tal, esta pesquisa utiliza-se uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, via análise documental das políticas do Ministério da Saúde (MS), no período de 2003 a 2010, para a capacitação do trabalhador inserido no nível da ABS; buscando identificar a correlação de forças existentes no conteúdo dos referidos documentos.

Tomando como referência o universo de formação do profissional da saúde, fez-se um recorte nas políticas do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2010, para a capacitação do trabalhador de saúde; ou seja, aquele que integra as equipes multidisciplinares que atuam na ABS. A importância da atuação do trabalhador para esse nível de atenção está relacionada ao fato, a ABS ser relevante para a reorganização da rede de ações e serviços de saúde estruturada de forma regionalizada e hierarquizada, se constituindo em porta de entrada do usuário na rede de saúde; e conseqüentemente, na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O SUS entende que o trabalhador inserido no nível de ABS é um elemento fundamental para a estruturação da atenção e da gestão e portanto, para a materialização dos princípios e diretrizes que o constituem.

A ABS “ tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos” (SUS de A a Z, 2009) , tendo como estratégia prioritária para a sua organização a Saúde da Família .

A ABS é considerada porta de entrada preferencial do sistema único de saúde e a organização das ações e serviços desse nível de atenção são feitas a partir da adscrição de território e clientela para garantir longitudinalidade do cuidado e sua continuidade, em consonância com os princípios do SUS especialmente no que tange a integralidade, a equidade, a participação da comunidade. (PNAB 2006).

O trabalho na ABS é organizado a partir de equipes multiprofissionais e visa a valorização profissional por meio do constante acompanhamento da sua formação. Diante de

tantos desafios para a organização da ABS destacamos aqui as políticas do Ministério da Saúde para a capacitação dos trabalhadores da saúde.

Dados de 2011, sobre as equipes que atuam no nível da ABS, revelam que há no Brasil, 21.700 equipes de saúde Bucal e 32.970 equipes de saúde da família envolvendo um quantitativo significativo de profissionais que atuam nesse nível de atenção.

Tendo em vista, o número de trabalhadores, a perspectiva de atenção integral à saúde proposta pela Constituição Federal (CF) de 1988, para o SUS, e a necessidade de organização de um modelo de atenção em saúde orientado por princípios e diretrizes estabelecidos em lei, fica patente a necessidade de formação e capacitação da força de trabalho condizente com a tarefa a ser realizada.

Como tentativa de preencher a lacuna criada por processos de formação que compõem a qualificação, que geralmente se dão em uma perspectiva tecnicista, onde o profissional é formado para atuar a um modelo de saúde baseado na queixa-conduta e de paradigma marcadamente flexneriano; e a necessidade de um trabalhador que além das dimensões técnicas, seja crítico e inovador em relação ao processo de trabalho, na percepção de subjetividades e na construção de novas relações, com equipe, usuários e gestão; surgiu a necessidade de capacitação do trabalhador que está atuando em um nível de assistência que é considerado pelo SUS, como estratégico para a reorganização do modelo de atenção à saúde.

Diante da proposta atual de reorganização do SUS, a gestão do trabalho apontada como diretriz para o Pacto de Gestão (MS, 2006); e, em que, a ABS é relevante para a reorganização da rede de ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada que compõe o SUS, a pesquisa em questão visa investigar, via análise documental, as políticas do Ministério da Saúde para a capacitação dos profissionais de saúde nos anos de 2003 a 2010 para sua atuação neste nível de atenção.

Com base no exposto, algumas questões que serviram como ponto de partida para essa pesquisa como: quais tem sido as políticas do MS relativas a capacitação dos trabalhadores que atuam na ABS ? Como o MS incentiva e quais os conteúdos envolvidos na capacitação do trabalhador? Até que ponto essa seleção de conteúdos proposta pode perpetuar uma visão fragmentada da atenção a saúde?

Tendo em vista a restrição do tempo regulamentar para a conclusão deste trabalho, que se viu atravessado por questões alheias da vontade da mestranda e de seu orientador, a presente dissertação se limita a fazer apontamentos relacionados aos aspectos das políticas de capacitação tendo por base as diretrizes, planos e programas formulados pelo MS relacionados aos seguintes documentos: as duas regulamentações das Políticas Nacionais de

Educação Permanente (a de 2003 e a de 2007); a Política Nacional da Atenção Básica em Saúde, materializada na Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006 e seus desdobramentos através da Portaria nº 2527/2006 que estabeleceu o conteúdo mínimo do Curso Introdutório, as propostas do PROESF e do TELESSAÚDE em suas relações com as políticas de capacitação dos trabalhadores propostas pelo MS para a ABS.

Como objetivo geral deste trabalho tem-se a investigação das tais políticas no período de 2003 a 2010. E como objetivos específicos, a contextualização do desenvolvimento e a conjuntura da configuração da ABS no Brasil, e a identificação das políticas do MS para a capacitação dos trabalhadores da ABS no Brasil naquele período; fazendo um recorte nos aspectos da política que se referem a diretrizes, planos e programas formulados pelo MS para essa finalidade.

Para começar, foi feita uma recuperação de conceitos e termos e que norteiam o conteúdo da pesquisa, tais como política, trabalho em saúde, capacitação, seguindo com uma breve recuperação histórica da organização da Atenção Básica em Saúde, no Brasil, a formação do trabalhador de saúde e o conceito de educação permanente em saúde. No capítulo que se segue, fazem-se apontamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica, introduzida pela Portaria GM/MS nº 648 de 2006, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde introduzida pela Portaria nº 198/GM de 2004 e pela Portaria GM/MS nº 1996 GM de 2007; o PROESF e o Telessaúde, concluindo com as considerações finais que envolvem a relação entre as políticas de capacitação do Ministério da Saúde e a capacitação do trabalhador da atenção básica, prescrita pela Política Nacional de Atenção Básica em Saúde.

## 1. 2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E REVISÃO DE LITERATURA

Tendo como norteador o objetivo geral desta pesquisa que visa análise as políticas do Ministério da Saúde para a capacitação do trabalhador atuante no nível de Atenção Básica em Saúde (ABS) em que foi feito um recorte nas políticas do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2010, para a capacitação do trabalhador de saúde; ou seja, aquele que integra as equipes multidisciplinares que atuam na ABS.

A Atenção Básica em Saúde (ABS), recentemente renomeada pelos documentos do SUS como Atenção Primária em Saúde (APS) “ tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos” (SUS de A a Z, 2009) , tendo como estratégia prioritária para a sua organização a Saúde da Família .

A ABS é considerada porta de entrada preferencial do sistema único de saúde e a organização das ações e serviços desse nível de atenção são feitas a partir da adscrição de território e clientela para garantir longitudinalidade do cuidado e sua continuidade, em consonância com os princípios do SUS especialmente no que tange a integralidade, a equidade, a participação da comunidade (MS 2006-B). O trabalho ABS é organizado a partir de equipes multiprofissionais e visa a valorização profissional por meio do constante acompanhamento da sua formação.

Diante de tantos desafios para a organização da ABS onde se destacam as políticas do Ministério da Saúde para a capacitação dos trabalhadores da saúde que atuam na ABS, a proposta desse trabalho é a investigação de como o SUS tem incentivado esse processo de capacitação desses trabalhadores. Como referencial teórico para a pesquisa que se apresenta, se fará a definição dos seguintes conceitos, a saber: política, trabalho em saúde e educação profissional em saúde. Sendo assim, a partir de agora, passa-se a fazer uma definição teórica desses termos a começar pelas políticas, passando pelo trabalho em saúde e educação profissional em saúde.

### 1.2.1 Política

No vocábulo, tendo em vista seus significados léxicos, se pode identificar a ligação entre política e Estado/governo. Ao longo do processo histórico tem havido um estudo das ações e funções do Estado; sobre quais são as suas atribuições e como ele as realiza, de que forma faz ou deixa de fazer, como são tomadas as suas decisões; tendo em vista que suas decisões envolvem o interesse, os direitos e deveres da sociedade na acepção léxica do termo. A início, lá pelos séculos XVIII e XIX, suas funções eram mais simples e relacionadas a preservação da propriedade, da segurança interna e da defesa das fronteiras contra os ataques externos. Com a expansão da democracia no século XX suas funções foram expandidas e ele, o Estado, passa a desempenhar uma nova função que seria promover o bem estar da sociedade. Objetivando responder às necessidades específicas da sociedade para a qual deveria promover o bem estar, surgem, então, os conceitos relacionados às políticas públicas, das quais as políticas sociais fazem parte.

Para Paim (2003) o termo política, expressa as relações de poder institucionais mas também a forma de organização institucional, baseada em diretrizes e intervenções. Desta forma, pode ser vista de forma mais geral, contendo direcionamentos, propósitos, caráter decisório; em um aspecto amplo, pode ser vista tanto como proposição de distribuição de

poder em um determinado setor mas também como forma de intervenção do Estado sobre algum assunto específico.

E considerando o pensamento de Mattos e Baptista (2012) parte-se da definição que considera que política pode representar não só natureza, estrutura, relações, distribuições e luta mas também se referem às diretrizes, planos e programas que são estabelecidos pelo governo, que representa o poder do Estado.

E diante da perspectiva, em que legislação estabelece que ordenar a formação dos recursos humanos é atribuição do SUS, isso reflete à noção de que cabe ao Estado e à sua representação que é a figura do governo, executar a determinação legal . Desta forma, seguindo a determinação do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 e o que a Lei nº 8080/90 determina, em seu artigo 27 Inc. I<sup>1</sup>, cabe ao Estado organizar as políticas relativas à capacitação do trabalhador da saúde, incentivando a convergência entre as necessidades da população, o preparo técnico compatíveis com a tarefa a ser executada; o que se relaciona, entre outros aspectos, às tecnologias utilizadas e a forma de organização do trabalho em saúde e suas peculiaridades.

Souza (2006) resume o momento em que os governos democráticos traduzem “seus propósitos e suas plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006 p.26), é o momento da construção das políticas públicas; ou seja, o que Mattos e Baptista (2012) definem como

(...)[aquelas]definidas como respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto de negociações entre os diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem. (s.p)

Embora, seja um dos objetivos formais/legais do Estado, a formulação das políticas formação dos recursos humanos, inclusive no que tange ao objetivo desta pesquisa, ou seja, as políticas do MS para a capacitação do trabalhador de saúde inserido na ABS, é interessante ressaltar que as políticas públicas, como um todo, sofrem a influência de diversos interesses, organizados em um processo dinâmico e ininterrupto de correlação de forças que interferem não só na sua elaboração mas também em todas as suas fases, incluindo a implementação e a avaliação sofrendo diversas influências. Mattos e Baptista (2011) alertam :

---

<sup>1</sup> Lei nº 8080/90 - Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:  
I - 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; além da **elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal**;(...)grifo nosso

A política não pode estar restrita ao seu aspecto formal de enunciado oficial, a política precisa ser vista como uma prática de embates e conflitos de interesses, de posições e percepções do mundo, que produz acordos momentâneos e dinâmicos e que, em última instância, expressa uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade (s.p.)

Assim sendo, para a análise das políticas, em geral, é importante considerar a dimensão histórica, as formas de intervenção que foram adotadas, não só em nível de governo mas das instituições, os sujeitos e coletivos envolvidos ao longo do processo, os interesses públicos e privados, objetivos ou subjetivos de determinados grupos, expressos ou camuflados que compõem a correlação de forças contida na dimensão formal das políticas mas também na sua concretização.

Mattos e Baptista (2011), apontam quatro pontos relevantes na análise das políticas que são: 1) que se deve-se considerar o momento histórico para o qual ela se produz e também o próprio histórico de sua construção; 2) considerar que a história é uma construção de sujeitos e que as políticas são construídas a partir de um debates destes, que se inserem em relações desiguais, neste debate representando interesses próprios ou interesses de um grupo ao qual se vinculam, que por sua vez, também tem interesses peculiares; 3) os espaços formais e informais onde os debates ocorrem, até que ponto interferem com as negociações e 4) conteúdos envolvidos no texto da proposta política porque, nos conteúdos, se identificam conceitos, estratégias utilizadas observando-se as pistas que neles se podem encontrar. Cabendo ressaltar que a política não reduz à figura do Estado e de suas regulamentações. Para o autores, em questão,

O conteúdo de uma política apresenta-se nos documentos institucionais, nos discursos oficiais, nas falas de sujeitos participantes do debate político, na mídia e em outros veículos. Reconhecer e tratar um conteúdo é buscar as linhas de sentido de uma ação política na visão dos diferentes grupos e sujeitos em disputa. É importante diferenciar esta forma de análise daquela que busca o sentido oculto da política, a intencionalidade dos atores e as incoerências da própria ação política dos sujeitos. (s.p.)

Diante do objetivo desta pesquisa que é analisar as políticas do MS no que tange a capacitação do trabalhador da ABS, é fundamental que seja considerada nessa análise, a (re)organização da ABS como indutora da alteração do enfoque do modelo de saúde e suas possíveis contribuições nessa alteração de foco; e tentar identificar a correlação de forças , implicadas no direcionamento da capacitação do trabalhador para esse nível de atenção

presentes nas diretrizes, planos e programas formulados pelo MS para essa finalidade; uma vez que estas tem uma relação direta com a tentativa de reestruturação do processo de trabalho em saúde.

### 1.2.2 O Trabalho em Saúde

Para Merhy e Franco (2009) o trabalho ocorre de forma coletiva e é compreendido como fruto da atividade humana, compreendendo que o trabalho é um processo dinâmico, que varia de acordo com os interesses da sociedade em cada época. Por analogia, compreende-se que a organização do trabalho em saúde também irá refletir interesses da sociedade em um processo histórico. Além de atender aos interesses da sociedade em um dado momento, há que se considerar a existência de tipos de trabalho. Merhy e Franco (2009), apontam dimensões para o trabalho em saúde que precisam ser consideradas dadas as suas peculiaridades: a sua finalidade, ou seja, para o que serve e; o vincula ao trabalhador com a sua atividade ou seja, sua relação com o processo e o produto de seu trabalho, a relação com os outros trabalhadores com os usuários do seu produto. Para Pinheiro (2009),

O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento<sup>2</sup> e vínculo.(p.113)

A visão Merhy e Franco (2009) , elucida que a produção do cuidado em saúde é resultado de um processo de trabalho. O termo processo de trabalho em saúde envolve a relação entre seus componentes que são: objeto (a necessidade de saúde) produto (que é satisfação dessa necessidade) e, instrumentos (tecnologias usadas nas práticas), finalidade (saúde) e agentes (trabalhadores) em uma relação dinâmica que se desenvolve em um contexto histórico, sendo influenciada por este.; uma vez que o trabalho vivo, requerido nessa produção, interage com diversos tipos de instrumentos e normas na produção do cuidado em saúde.

Para Peduzzi e Schariber (2009),

---

<sup>2</sup> Para o MS (2009), segundo a publicação SUS de A a Z, “O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (s.p)

Para a produção do cuidado, de acordo com Mehry e Franco (2009) são utilizados três tipos de tecnologias a saber: as tecnologias duras representadas pelos equipamentos utilizados; as tecnologias leve-duras representadas pelo saber técnico estruturado e as tecnologias leves que envolvem as relações entre os sujeitos que participam do processo. Sendo assim, na produção do cuidado, pode haver os arranjos de trabalho que envolvam a predominância das tecnologias duras, quando é valorizada a lógica instrumental ou mais relacional quando são valorizadas as tecnologias leve-duras e leve; permitindo uma maior intercessão entre sujeitos e saberes.

Ainda sobre o processo de trabalho em saúde, Mehry e Franco (2009) o apontam como essencialmente coletivos uma vez que nenhum tipo de trabalhador dá conta sozinho de todas as necessidades e tarefas relacionadas à produção do cuidado. E sendo assim,

A pactuação do processo de trabalho: a cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo.(p.432)

Ou seja, as tensões e conflitos existentes interferem com a pactuação do processo de trabalho, consequentemente na produção da saúde e envolvem não só a assistência mas também à gestão e os sujeitos implicados no processo de trabalho.

Mehry e Franco (2009) ainda destacam o fato de que todo trabalho pode ser mais ou menos criativo dependendo do seu foco. Serão mais criativos se estiverem mais embasados nas relações que nos instrumentos, como máquinas e equipamentos.

Além das questões conceituais acima descritas, há que se considerar o contexto histórico fruto de relações sociais e econômicas, onde o processo de trabalho em saúde se constrói.

A produção do cuidado e a gestão do trabalho são processos interativos e subordinados à determinação legal do Estado brasileiro na sua execução. Esse contexto histórico do qual o processo de trabalho faz parte, envolve a saúde como um direito universal, inerente ao ser humano e tem o Estado como fonte e garantidor deste.

Seria interessante destacar que o papel do Estado em relação à saúde envolve produzir políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos,

mas também, promover o acesso para todos e sem qualquer tipo de discriminação, às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para promover e esse acesso universal e igualitário à todos os níveis de assistência, a Constituição estipulou a criação de um Sistema Único de Saúde, que deve ser construído e orientado com base em princípios e diretrizes, que entre outros, envolvem a integralidade da assistência, a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis, a equidade e a participação da comunidade em sua gestão. A CF 1988 designou como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação da formação dos recursos humanos na área de saúde. Sendo assim, a formação e capacitação dos trabalhadores para o setor saúde e para toda a complexidade que o trabalho em saúde possui, deve, de acordo com a lei, ser ordenada SUS. Dessa forma, passamos a examinar adiante a Educação Profissional em Saúde ressaltando apenas que desse universo, destacaremos uma fração relativa à capacitação nomeada pelo SUS, em alguns de seus documentos, como desenvolvimento do trabalhador, ou seja, capacitação do profissional de saúde já inserido nas equipes de trabalho do SUS, atuantes na APS (antes denominada, Atenção Básica em Saúde). Sendo assim, a seguir, será feita uma breve discussão de termos relevantes nesta pesquisa.

### 1.2.3 Qualificação, capacitação, desenvolvimento, recursos humanos: definições

Esta pesquisa parte da perspectiva de que a educação em nível geral é construída em meio a tensões, disputas de interesses e contradições em suas propostas; o que não se faz diferente na educação profissional, como um todo; e na educação profissional em saúde.

Cabe alertar que não é objetivo deste trabalho discutir a polissemia do termo educação profissional e nem dos termos referentes a ela; mas utilizar-se de algumas definições que possibilitem a análise das políticas do Ministério da Saúde para a capacitação do trabalhador de saúde inserido na ABS. Esta pesquisa entende educação e formação profissional como termos equivalentes e em relação a este termo utilizar-se-à da definição de Catanni (1997 apud PEREIRA E RAMOS, 2006) para a formação profissional ou seja, como educação profissional ficam designados

**todos** os processos educativos que permitam, ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados a produção de bens e serviços, quer esses processos **sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas** (grifo nosso.p.14)

Para Pereira e Ramos (2006), “a formação profissional é uma expressão recente criada para designar processos históricos que digam respeito à **capacitação para e no trabalho** (...).”( grifo nosso p.14). Ou seja, formar para que o trabalhador tenha as características necessárias para o exercício de sua atividade em um processo de trabalho.

Esse processo de formação é complexo, não é neutro, e nem homogêneo sendo reflexo de uma correlação de forças e interesses que compõem a identidade das profissões e o contexto do exercício do trabalho de cada uma delas.

A identidade das profissões representa também processos de correlações de forças historicamente determinados e ,segundo Vieira (2009), onde podem ser identificados traços comuns a profissões que se referem a auto-organização, ao conhecimento embasado cientificamente, a um saber teórico, a uma aplicação prática e sistematizada de conhecimentos que são transmitidos por num ensino formalizado que intenta a qualificação dos profissionais para o exercício de determinadas atividades. Sendo assim, é necessário que se considere o significado do termo qualificação.

Para Araújo (2009), a qualificação é simultaneamente um processo e um resultado: enquanto processo, ela decorre de uma construção social que delimita mecanismos procedimentos e classificação que não podem ser reduzidos à escolarização e ao treinamento somente; e como resultado, ela expressa a posse de qualidades e credenciais pelos indivíduos; ou seja,

os trabalhadores são considerados qualificados (ou desqualificados) em função da existência (ou não) de regras deliberadas de restrição à ocupação, socialmente produzidas, partilhadas e barganhadas (s.p)

Para Tartuce (apud VIEIRA 2007) não há consenso acadêmico nas concepções e significados de qualificação, tendo em vista que esse foi configurado com base diferentes abordagens que podem ser resumidas em: essencialista ou subjetivista, partindo das características das rotinas do trabalho e dos atributos que o profissional deve possuir para realizá-lo, não considerando a perspectiva histórica; e a relativista que contempla a dimensão social e as relações de capital e trabalho, entre outros . “ Essa concepção acolhe enfoques diferenciados no que se refere à possibilidade de relação entre a habilitação técnica do trabalhador e a sua condição de qualificado”. (VIEIRA, 2007s.p)

Para Pereira e Ramos (2006) , o termo qualificação profissional traz em si propostas distintas: por um lado, adestrar, adequar, submeter o trabalhador, ao cotidiano da produção do

cuidado reproduzindo situações e comportamentos e de outro, considerando a subjetividade e a interação dos sujeitos no processo de trabalho, traz a possibilidade de instrumentalizar esse trabalhador para que ele reflita criticamente a partir do seu universo produtivo e a partir daí tente reiventá-lo. Esta última interpretação é semelhante ao que consta no discurso das políticas do Ministério da Saúde (MS) no que tange à formação do trabalhador.

Para Vieira (2007), apoiando-se em Tartuce (2002), o contexto atual de qualificação, agrega novas demandas de produção que irão determinar que o trabalhador esteja preparado para atuar e responder a imprevisibilidade e a partir da visão de Vieira (2007),

O setor saúde lida com uma gama de imprevisibilidades. A imprevisibilidade decorre pelo fato das novas tecnologias empregadas não levarem necessariamente a racionalização da mão de obra (...) pois, diferentemente de uma mercadoria qualquer, o trabalho em saúde lida com a vida humana e para cada usuário corresponde um procedimento diverso que só a incorporação da máquina não é capaz de suprir.(VIEIRA, 2007s.p.)

Com a necessidade de flexibilização, a qualificação, que antes era regida pelas áreas de educação e trabalho, passou a ser regida pelo mercado, na década de 90 trazendo, em seu bojo, a questão da empregabilidade e das competências. De Luiz (2001) abordando o contexto do trabalho em saúde, destaca que o modelo de competência é fruto de relações sociais, onde competências pessoais envolvendo a capacidade de compreensão e de indignação do trabalhador relativa aos impactos de sua atuação na relação com os usuários, refletindo criticamente sobre os efeitos de seus atos e nos reflexos destes sobre os usuários.

Diante dessas definições, e tendo em vista que os processos de qualificação, capacitação e desenvolvimento das competências pode ser deflagrado a qualquer momento no universo da ABS, esta pesquisa destacará o termo capacitação em uma perspectiva da construção de competências que parecer ser a interpretação utilizada quando os documentos do SUS apontam o termo desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde.

Resumindo e correndo o risco do reducionismo, a EPS é um universo, do qual fazem parte a qualificação e a capacitação, entre outros termos.

A qualificação pode ser compreendida como um processo da EPS, se relacionando com a certificação formal dos saberes dos trabalhadores e construída em meio a uma correlação de forças que determina o que é aceito ou válido no exercício de uma atividade está ligada a estruturação das profissões, à construção de uma identidade profissional. A capacitação surge em uma perspectiva mais instrumental, mais operacional, relacionada a processos peculiares para os quais se tem a necessidade de direcionar a atuação do trabalhador para uma tarefa ou conjunto de tarefas específicas como é o caso do exercício das atividades

na ABS. E a partir da soma das compreensões de qualificação (mais estrutural) e capacitação (mais operacional) , a construção das competências parece ser vista como a forma de relação dos trabalhadores com a construção do saber e da sua aplicação a partir do processo de trabalho sem, no entanto, desprezar que a capacitação se vê atravessada por uma série de interesses que não só o dos trabalhadores.

O processo nomeado como Educação Permanente em Saúde, na Portaria GM/MS nº 648 de 2006, sugere esta interpretação, ou seja, a questão da capacitação, quando direciona a educação permanente estabelecendo áreas estratégicas relacionadas a problemas tais como hipertensão, tuberculose, diabetes e à linhas de cuidado específicas, tipo: saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, direcionando a qualificação e a capacitação do trabalhador para atividades específicas.

Diante do exposto, partimos agora para uma definição do que seja trabalhador de saúde da atenção básica, que é a quem se destina o processo de capacitação e objeto deste trabalho.

Para Maria Helena Machado (2008)

(...) **trabalhadores do SUS** são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o Sistema Único de Saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (p.310)

Considerando esta definição, cabe ressaltar que o trabalhador do SUS, a quem esta pesquisa se refere, é o que compõe as equipes multiprofissionais que atuam no nível da ABS. A partir disso, outro ponto a considerar é o das relações desse trabalhador com o processo de trabalho no qual se insere, na visão do Ministério da Saúde.

Historicamente, os trabalhadores de saúde vêm sendo nomeados como recursos humanos<sup>3</sup>, termo recorrente na legislação referente ao SUS para a referência ao trabalhador de saúde, e essa nomenclatura reflete o conceito de capital humano; onde o aumento da produtividade poderia ser relacionado ao investimento na capacitação técnica do trabalhador.

---

<sup>3</sup> Vieira (2009) aponta que o conceito de '[recursos humanos](#)' é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional.

#### 1.2.4 O Contexto de Formação do Trabalhador de Saúde para a ABS

Para Vieira (2011) o a definição do campo de recursos humanos em saúde se deu de forma mais marcante à partir de 1986, com a realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, como nos relata Vieira (2011) a partir da fala de Maria Luiza Jaeger ficava claro que “Sem mexer na questão da formação não se conseguiria montar um sistema único, montar um sistema dentro da proposta de atenção universal” (JAEGER apud VIEIRA,2011 p.85).

Não se deve perder de vista, no entanto, que as questões relativas aos recursos humanos vinham no bojo de reivindicações de classes profissionais, mais do que como estratégia de governo para a reorganização do trabalho em saúde.

Por recomendação da VIIIª Conferencia Nacional de Saúde, em 1986 houve Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) que tratava de aspectos relevantes para a implantação do SUS , como nos aponta, Vieira (2011),

Tais aspectos foram em grande parte pautados nas reivindicações dos trabalhadores da saúde e levaram em conta a baixa qualificação profissional, a baixa remuneração dos trabalhadores, às condições de trabalho pouco favoráveis, a existência de relações de trabalho diferenciadas no que se referia a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho etc. e os conflitos relacionados a esse elenco de problemas. (VIEIRA, 2011 p.86)

O relatório final da CNRHS de 1986, trazia em si uma perspectiva reivindicatória da classe dos trabalhadores de saúde e reconhecia a relevância das questões relativas a capacitação dos profissionais da área de saúde adequada a realidade social do Brasil mas recomendava que se transcendesse essa dimensão, incluindo aspectos como a gestão do trabalho, quando recomendava que fossem considerados planos de carreira, direitos trabalhistas e questões relativas a isonomia e até mesmo à admissão dos trabalhadores para a saúde, expresso no texto:

[...] não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a, p. 12 apud VIEIRA 2011 p. 86).

O reflexo da demanda de formação de recursos humanos para a consolidação do SUS gerou uma negociação na constituinte, cujo resultado se expressou, legalmente, na atribuição constitucional de “ordenar a formação dos recursos humanos em saúde” (BRASIL, 1988) e na sequência desta, estabeleceu, como objetivo da política de recursos humanos, na Lei nº 8080/90 em seu artigo 27, Inc. I 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”.

A fim de uma melhor compreensão da evolução do processo de formação do trabalhador, far-se-à , a seguir, uma breve recuperação histórica da organização da formação do trabalhador de saúde. E posteriormente, um recorte nas políticas do Ministério da Saúde para a capacitação do trabalhador de saúde inserido na ABS no Brasil, no período de 2003 a 2010, em suas implicações. Como ponto de partida, toma-se década de 50, chegando à atualidade passando pela criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criação da Política Nacional de Recursos Humanos e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Cabendo lembrar que o foco desse trabalho são as políticas do MS para a capacitação do trabalhador e suas relações com a configuração da APS e não se pretendendo aqui fazer uma análise epistemológica da educação profissional em saúde.

Para uma melhor compreensão da configuração das políticas do Ministério da Saúde (MS) de formação do trabalhador da área de saúde, no período de 2003 a 2010, é interessante destacar essa formação reflete além de interesses do Estado, que tem como atribuição constitucional o seu ordenamento; e dos diversos segmentos da sociedade civil, traduzindo disputas a serem pesquisadas para uma melhor compreensão da relevância das políticas de formação. A partir dessa compreensão, propõe-se uma breve recuperação histórica configuração da ABS no Brasil e, na sequência, da formação para o trabalho em saúde.

#### *1.2.4.1 Atenção Básica em Saúde no Brasil: significado, histórico e organização*

O termo Atenção Primária em Saúde (APS) , termo equivalente à Atenção Básica em Saúde, traz em si um amálgama de significados e definições historicamente construídos acadêmica e politicamente influenciando o planejamento em saúde. (FAUSTO E MATTA 2007)

Segundo Giovanella e Mendonça (2009), atualmente, a atenção primária em saúde (APS) é compreendida internacionalmente como base de organização para um modelo assistencial cujo enfoque é o “usuário-cidadão”; embora apontem que não haja uniformidade no emprego da expressão APS. Para as autoras, há três principais linhas de interpretação que vão desde a definição de APS como “programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços”, passando pela definição deste nível como correspondente a “serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato” onde podem estar incluídas “ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população” e sendo interpretado mais amplamente como “uma concepção de modelo assistência de organização do sistema de saúde”.

Starfield (apud FAUSTO e MATTA, 2007) delinea a APS a partir de quatro características que devem estar presentes na organização deste nível de atenção que são: 1) o primeiro contato que envolve a acessibilidade e a motivação da procura pelos serviços de saúde; 2) a continuidade, que para o autores, envolve a adscrição de clientela às equipes e a regularidade da atenção; 3) a integralidade que prevê que os usuários dos serviços de saúde tenham as suas necessidades devidamente contempladas e; 4) a coordenação que implica na responsabilidade dos serviços pelo usuário e em seu acompanhamento no que se refere à sua referência a outros níveis de atenção.

Giovanella e Mendonça (2009), apontam que a Conferência de Alma-Ata definiu a APS

como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante a plena participação.”(p.576)

E Starfield (2004) advoga

(...) a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (p. 28)

Para Fausto e Matta (2007)

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde. (p.43)

Como se vê o termo traz inúmeras interpretações que refletem interesses de governo e sociedade populações que podem ser comuns ou antagônicos ao longo do processo histórico. Convém então, que a partir da compreensão do termo, se faça uma breve retrospectiva sobre a origem e o desenvolvimento da APS , no mundo e no Brasil.

Para situar a APS, é interessante que se compreenda a conceituação de saúde como algo que não é simples de ser feito porque envolve o ser humano e relaciona-se a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade num dado momento histórico; sendo reflexo de concepções científicas, filosóficas, religiosas, dependendo até mesmo de valores dos indivíduos de um dado grupo social (SCLYAR, 2007, p.30). Desta forma, o conceito de saúde se configura e continua a evoluir ao longo do tempo refletindo e sendo mediado por relações dinâmicas de interesses políticos, culturas e necessidades de uma sociedade.

Desde o século XIX, com o desenvolvimento da anatomopatologia, a doença passa a ser definida pela lesão que a caracteriza. Mattos (2007) esclarece que a lesão não necessariamente precisaria ser visível e que , ao contrário poderiam estar “na profundidade do corpo” (p.334) podendo se manifestar de várias formas e causar sofrimento. A partir dessa compreensão, houve uma reconfiguração na forma de organização da medicina, associando a clínica à anatomia patológica que relacionava sinais e sintomas à sua comprovação e que embora os fenômenos fossem estudados com base em grupos, as manifestações aconteciam individualmente, em cada corpo, gerando sofrimento individual, que precisava ser aliviado.

Diante dessa compreensão, adoecer ou não adoecer era aleatório. Esse entendimento, interferiu na formação do trabalhador sob vários aspectos e na forma de organização da saúde pelo Estado que, em geral, se relacionava a interesses econômicos.

Como esclarecem Fausto e Matta (2007), a ideia de APS surge em 1920, a partir do Relatório Dawson, como forma de estruturação de sistemas de saúde e fazendo oposição à proposta de organização com base no paradigma flexneriano que se apresentava ineficiente,

tendo em vista o alto custo e a baixa efetividade dos sistemas que valorizavam a dimensão individual e o reducionismo biológico.

Fausto e Matta (2007) apontam que a reorganização dos serviços de saúde inglês se deu a partir da estruturação de um modelo organizado de forma regionalizada e hierarquizada: havia centros primários de saúde e secundários e hospitais. O que não conseguisse solução nos centros primários (onde trabalhavam médicos de formação generalista e enfermeiros) era encaminhado aos centros secundários ou para os hospitais caso existisse necessidade de internação e cirurgias.

Na década de 70, o relatório Lalonde, um relatório canadense, relacionava a saúde à valorização da “prevenção das doenças e da promoção de boa saúde para a população” e enfatizava a responsabilidade governamental sobre a organização de um sistema de saúde adequado. Acrescentando-se às discussões da época, Ivan Ilich ,em seu livro *Nêmesis da Medicina:expropriação da saúde*, criticava a baixa relação entre a assistência à saúde moderna e as melhorias da situação de saúde da população. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009 p.578)

Na década de 70, toma corpo a Medicina Comunitária, nos Estados Unidos da América (EUA), que relacionou o processo de adoecimento às condições sociais dos indivíduos e tinha como uma de suas propostas a reorganização de um modelo assistencial já desgastado, de altos custos e baixa efetividade .

Também, ao fim da década de 70 a China propôs à Organização Mundial de Saúde (OMS) a realização de uma conferencia a fim de divulgar uma nova proposta de organização de saúde. Por disputas políticas sobre as formas de organizar a saúde, no bloco soviético, a China não participou da Conferência que foi realizada em Alma-Ata. Curiosamente, a União Republicana Socialista Soviética (URSS) se opunha a ideia proposta mas sediou e financiou o evento que defendia a APS.

O Brasil não participou de Alma-Ata em 1978, evento que recebeu delegações e representações de vários governos e ergueu a bandeira da atenção primária em saúde: “Saúde para todos no ano 2000” e teve esse documento ratificado pela OMS em 1979. O documento determinava a responsabilidade dos governos em relação à saúde que consistia em medidas sanitárias e sociais, tendo em vista que a saúde era compreendida como direito humano.

A meta determinada pela OMS em Alma-Ata demandava dos países a ação intersetorial; ou seja, vários setores de governo teriam de trabalhar em conjunto tendo em vista a necessidade de políticas articuladas que promovessem qualidade de vida para os indivíduos e a sociedade.

Para Giovanella e Mendonça (2009), na Declaração de Alma-Ata (1978) , a APS é considerada

(...) função central do sistema nacional de saúde e como parte mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. (p.579)

Além de destacar a APS em suas relações com a intersetorialidade, a Declaração de Alma-Ata destaca a discrepância entre o uso indiscriminado de tecnologias e as necessidades da população, usando a expressão “tecnologias relevantes para as necessidades da população”.(p.579)

O documento referido influenciou países periféricos, como o Brasil, na reestruturação das ações e serviços de saúde no século XX. Durante muitas décadas do qual, a ação do Estado se limitava as ações preventivas num conceito restrito, ou seja, a ação dele se limitava a tentar evitar que a sua população adoecesse, mas não tinha responsabilidade na recuperação da saúde dessas pessoas; tendo em vista que adoecer era uma questão individual e aleatória. Essa concepção de saúde interfere na forma de organização deste assunto em cada sociedade.

No Brasil, ao longo de sua história, existiram várias formas de organização dos modelos assistenciais<sup>4</sup>. Dessa maneira, como característica comum da organização de saúde, durante várias décadas do século XX, a saúde não era vista na perspectiva de unicidade, o Estado brasileiro atuava na preservação dos ambientes e nos cuidados com as doenças que poderiam daí advir, o que fazia através das ações de saneamento básico, controle de endemias e vacinação e atuava minimamente na oferta da “cura” que aqui chamaremos de assistência médica que ofertava de forma heterogênea ao longo do território brasileiro. O Estado dessa forma agia, para que o adoecimento não prejudicasse a sua força de trabalho. Assistir a saúde até aqui era necessário para manter o país produzindo; uma vez que o trabalhador doente não trabalhava, logo não produzia.

Existia formalmente no Brasil, uma valorização do modelo medico-assistencial-privatista onde o acesso à assistência médica era apenas para aqueles que podiam pagar por ela, ou seja aqueles que tinham vínculo formal com o sistema de produção no Brasil. A orientação hospitalocêntrica se baseava no reducionismo biológico (Fausto e Matta , 2007. p.)

---

<sup>4</sup> Paim (PAIM, 2002 in ROUQUAYROL, 2003.p.568) define que modelos assistenciais ou modelos de atenção são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços–populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade.

preconizada pelo paradigma flexneriano caracterizou a organização da saúde, formalmente, durante quase nove décadas do século passado; e que, até os dias atuais parece exercer influência na formação do trabalhador e na estruturação dos serviços de saúde.

Como relatam Silva Jr e Alves (2007),

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários.(p.28-29).

Mas concomitantemente à organização pautada no paradigma flexneriano, com o desenvolvimento da Medicina Comunitária, que tem sua origem nos EUA, nos anos 60, aportando no Brasil, na década de 70, houve uma ampliação na percepção do processo saúde-doença, passou-se a aceitar que havia determinação social no adoecimento. A princípio esse conceito foi disseminado entre profissionais na área da saúde plantando as sementes do que mais tarde seria chamado de Movimento pela Reforma Sanitária. A relação da evolução do conceito de saúde com a perspectiva de reforma sanitária se origina do entendimento de que já que havia determinação social do adoecimento, adoecer não era, simplesmente, uma questão individual e aleatória uma vez que nessa determinação não havia como interferir individualmente, e que se fazia necessária a intervenção do Estado através de políticas sociais e econômicas que se bem organizadas reduziriam o risco do adoecimento; e dentro dessa concepção ampliada, a saúde passa a ser compreendida um direito.

O enfraquecimento da Ditadura Militar, a partir da segunda metade dos anos 70 do séc. XX; e, nos anos 80, a crise política econômica e social vivida no Brasil, possibilitam à criação de novas propostas; na saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária reivindicava maior inclusão, mais assistência pela previdência social. Muitos conflitos com o Ministério da Previdência e Assistência Social e com o setor privado foram originados a partir dessa postura. Programas foram propostos, alguns como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que tiveram uma experiência de sucesso. O PIASS contribuiu para a redefinição da política de saúde propondo plantando a semente da descentralização na expansão da rede pública, a despeito de sua seletividade, ampliou a cobertura e trazendo diferenciais que levaram a discussão de uma nova forma de organização de saúde a proposta

de organização em rede que envolvia a integração dos diversos níveis de saúde cuja porta de entrada seria a atenção primária e

O Piass expressou as ideias que faziam parte de um pensamento em destaque naquele momento nas diversas áreas do planejamento econômico e social no país. Nesse programa, as ações de saúde previam o uso de tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades. Tinha como propósito criar uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações de alcance coletivo.” (FAUSTO E MATTA, 2007 p.55)

Existiram outros que nunca saíram do papel por pressões da própria previdência social e do setor privado, como o Prev-Saúde foram propostos com base na VII Conferência nacional de Saúde. Fausto e Matta (2007) avaliam que

(...) o Prev-Saúde foi uma tentativa de reedição do Piass, em uma versão de universalização dos serviços básicos de saúde. O programa previa a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção, tanto do sistema previdenciário quanto das demais instituições públicas de saúde. (p.56)

Os conflitos existentes proporcionaram a discussão acerca da política de saúde e reformulações começam a ser engendradas. Em 1981, o MPAS cria o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP que detectou mais detalhadamente os aspectos da crise na assistência médica previdenciária apontando para uma ineficiência generalizada . A criação do CONASP foi o início de um processo que promoveu discussões que levaram a o direito à saúde já no período da Nova República.

Em 1984, foi eleito de forma indireta o presidente Tancredo Neves, que como vice-presidente de sua candidatura traz José Sarney. Tancredo morre em 1985 pouco após a sua posse e Sarney assume a presidência da república. No contexto de redemocratização da Nova República, foi convocada a VIIIª Conferencia Nacional de Saúde, com a participação de técnicos, gestores e usuários, seu objetivo era a discussão dos rumos da política de saúde no

Brasil. A essa altura, o Movimento pela Reforma Sanitária já desenvolvera ideias para uma nova forma de organizar a saúde no país e que foram levadas a discussão na referida conferência. Essas ideias eram diretamente relacionadas à reestruturação da saúde que passaria a ser considerada como direito do cidadão, operacionalizada por um único sistema que garantisse a população, as ações de previdência e assistência; e que numa visão macro traduzia o conceito de cidadania substantiva – o indivíduo deveria ter seu valor reconhecido principalmente por existir e fazer parte da sociedade e não só por estar ligado ao mundo do trabalho, visão essa relacionada à saúde como direito humano.

Os reformistas buscavam a universalização, criticavam a mercantilização da saúde e visavam à unificação dos ministérios da saúde e da previdência; e, seu principal legado foi: saúde como direito do povo e dever do estado. As mudanças propostas não foram acolhidas de imediato; houve um modelo de transição representado pelo SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde, proposta construída pela burocracia do INAMPS, que serviu de ponte para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS. A assembleia constituinte, usou os relatórios da VIIIª Conferência Nacional de Saúde que foi motivo de vários debates por conta dos interesses conflitantes entre, medicina privada, trabalhadores previdenciários e reformistas da previdência e do ministério de saúde; o conflito de interesses não conseguiu impedir a criação do SUS, no entanto deixaram suas marcas que se refletiram na indefinição de alguns pontos do novo modelo estabelecido.

O Movimento pela Reforma Sanitária debateu suas ideias na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e vinha impregnado da proposta da Conferência de Alma-Ata em 1978 cuja bandeira era “Saúde Para Todos no Ano 2000”. A VIIIª Conferência Nacional de Saúde trazia como *slogan* "Saúde Direito de Todos e Dever do Estado". Ressalte-se aqui o fato de que as conferências de saúde já existiam desde a década de 30 do século XX; no entanto, pela primeira vez, a Conferência Nacional de Saúde de 1986, contou com a participação de representações sindicais, representação de profissionais de saúde e de movimentos populares, entre outros representantes da sociedade civil organizada. O seu debate trouxe entre seus conteúdos principais a saúde como direito de cidadania, a proposta de reformulação do então Sistema Nacional de Saúde e financiamento para o setor. E como produto do movimento que propôs a reforma sanitária, a Constituição Federal de 1988 criou o SUS.

O SUS, se insere num contexto de seguridade social que promove a construção do conceito de proteção social. O direito à saúde estava estabelecido rompendo definitivamente com o modelo anterior que era excludente e meritocrático. Com o SUS, o Estado assume

definitivamente a função de prover o direito à saúde através das políticas sociais e econômicas. O compromisso envolve construir um sistema capaz de atender diversas questões de saúde desde a mais simples até a mais complexa via ações e serviços para a promoção proteção e recuperação de saúde organizados de forma regionalizada e hierarquizada como prevê o texto legal.

Como norteadores para a materialização do SUS pelos gestores, são estabelecidos princípios como universalização do acesso (garantia de atendimento a todos); a integralidade da atenção (considerando o SUS uma rede indivisível de ações e serviços que permite que cada indivíduo ou grupo de indivíduos tenha acesso as ações e aos serviços que se apliquem a sua necessidade em todos os níveis de complexidade do sistema); descentralização (como forma de democratizar o processo decisório) e a participação popular (que permite ao usuário, influenciar na construção das políticas de saúde e fiscalizá-las, via seus representantes nos Conselhos e Conferências de Saúde).

O texto constitucional expressa a orientação da CF de 1988 para a responsabilidade do Estado com as questões de bem-estar social e define em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos(...)” e traz uma abordagem ampliada de saúde que envolve promoção, proteção e recuperação da saúde e, determina em seu artigo 198, que as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizados em níveis de complexidade crescentes.

Surge a necessidade de materializar o que a lei propõe. O SUS deve organizar os seus serviços em níveis de complexidade crescentes denominadas atenção básica, média e alta complexidades e em uma estrutura reticular.

Embora o arcabouço legal exigisse uma estrutura organizada com base em princípios com integralidade e diretrizes como descentralização e participação da comunidade, permaneceriam no SUS, até 1996, muitas das características do modelo de saúde anterior: pouca ou nenhuma participação da comunidade, ênfase nos processos curativos e centralização. Como descrevem Fausto e Matta (2007)

As ações de caráter preventivo mantiveram-se sob o predomínio da lógica dos programas verticais e das campanhas sanitárias. O tipo de financiamento adotado favorecia as ações de saúde hospitalares e, na esfera das ações ambulatoriais, manteve-se a lógica da produção de atos médicos (consultas médicas especializadas, recursos diagnósticos e terapias) não favorecendo as ações de promoção e prevenção em saúde.(p.58)

Nesse período foram elaboradas diversas Normas Operacionais Básicas, com o intuito de materializar aquilo que era a Reforma Sanitária proposta em lei.

Surgem, em 1991, o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) surge na perspectiva de enfrentamento, pelo governo, da morbimortalidade na região nordeste se estendendo à região norte; na sequência, e incentivado pelos resultados conseguidos pelo PACS, em 1994 surge o Programa de Saúde da Família (PSF) para incentivar os municípios a buscarem soluções em nível local para suas populações. Tanto o PACS quanto o PSF ficaram algum tempo vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) não tendo a relevância de ferramentas para a reorganização da saúde reconhecidas como relatam Fausto e Matta (2007)

A posição marginal que ocupava o Pacs [*sic*] e o PSF dentro do Ministério da Saúde contribuiu para que tais programas assumissem no primeiro momento um perfil segmentado. Sua vinculação se fez junto à Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob responsabilidade da Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. O PSF nasceu descolado das áreas programáticas e nos seus primeiros anos de existência manteve-se fora da estrutura do Ministério da Saúde.(p.59)

O PSF começa a romper com a marginalidade no Ministério da Saúde quando deixa a FUNASA e passa a compor a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) se direcionando e sendo reconhecido como ferramenta para reorganização da atenção à saúde tendo sua relevância reconhecida na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 quando a atenção primária em saúde aparece na assistência como estratégia de reorientação do foco individual e curativo para uma abordagem coletiva e na perspectiva de integralidade, embora com contradições na sua materialização.

É interessante ressaltar que com a transferência, da FUNASA para a SAS o PSF deixa de ser visto em uma perspectiva focal para ser considerado como proposta estratégica para a organizativa da APS (Fausto e Matta, 2007 p.60). Neste contexto de reorganização do modelo de atenção no Brasil, com a criação da NOB 01/96 foi instituído o, então, Piso de Assistência Básica (PAB), montante calculado com base no número de habitantes dos municípios que era repassado diretamente do fundo nacional de saúde aos fundos municipais de saúde destinado à organização da rede básica de saúde. A valorização do PSF como organizador da Atenção Básica em Saúde, no Brasil, coloca o contexto social do indivíduo como base de organização das ações e dos serviços de saúde apontando para uma perspectiva de integralidade, em oposição à focalização existente anteriormente.

Na sequência da NOB 01/96, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Como o nome sugere, as NOAS foram criadas para organizar a operacionalização da assistência à saúde, instituindo o processo de regionalização da assistência, onde o gestor estadual ficou responsável em organizar seu território, dividindo-o em regiões de saúde. Cada região de saúde deveria oferecer ações e serviços que atendessem às necessidades mais frequentes da população do referido território ou região. Ficou determinado, a partir da NOAS 01/2001 que as responsabilidades mínimas dos municípios componentes de cada região seria ofertar à sua população, o mais próximo possível de sua residência o acesso às ações e serviços do nível de atenção básica. Para contemplar a ampliação da responsabilidade dos municípios com a ABS, o PAB foi ampliado.

O processo de regionalização falhou em muitos estados do Brasil, levando os gestores dos três níveis de governo a se reunirem em uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2005 em um movimento avaliação e proposta de solução para a fragmentação dos programas e das políticas de saúde no Brasil. Nessa CIT, foi construído o documento que o Ministério da Saúde acolheu e publicou como a Portaria GM/MS 399/2006. O referido documento chamado Pacto pela Saúde 2006 é composto de três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida que apresenta prioridades relativas à solução dos problemas de saúde mais frequentes na população brasileira e dentro das prioridades do Pacto pela Vida se estabeleceu o Fortalecimento da Atenção Básica.

Para sistematizar a materialização da Atenção Básica, o pacto de gestão, entre as suas diretrizes, organiza o financiamento da saúde, determinando que os recursos financeiros que sejam transferidos da União, aos estados e municípios, além de ser feita preferencialmente fundo a fundo, sua transferência deva ser organizada em blocos de financiamento cujo uso fica restrito à finalidade de cada bloco. Dentre desses blocos, encontra-se o Bloco de financiamento da atenção básica, composto por uma parte fixa calculada pelo número de habitantes e que o município deve usar na organização da atenção básica, dentro da sua autonomia; e outra parte variável que é composta de incentivos para aqueles municípios que aderirem às estratégias nacionais de reorganização do modelo de saúde. Dentre essas estratégias encontramos a Saúde da família.

Diferente de outras partes do mundo, onde a nomenclatura do primeiro nível de complexidade é Atenção Primária em Saúde (APS), o Brasil adotava a nomenclatura de

Atenção Básica em Saúde (ABS) para o primeiro nível de atenção<sup>5</sup> significando que mais que um nível de atenção, a ABS seria estratégica para a reorientação do modelo assistencial existente. E a partir da compreensão desse contexto, far-se-á uma breve recuperação histórica da formação para o trabalho em saúde no Brasil, para uma melhor compreensão da capacitação do trabalhador da ABS cujo recorte será feito a partir das décadas de 50/60.

#### 1.2.5 A Formação para o trabalho em Saúde no Brasil

A partir das décadas de 50/60, quando houve no Brasil, uma expansão do modelo hospitalar a partir da expansão da iniciativa privada financiada pela previdência social e do desenvolvimento de tecnologias médicas.

Nos anos 60 e 70 surgiu a necessidade de reorganização as atividades e com isso, a demanda pela formação de profissionais de nível médio e também dos médicos em serviço, tendo em vista que o crescimento das indústrias farmacêutica e de equipamentos reconfigurou a organização da saúde onde o trabalho médico deixa de ser algo artesanal e praticamente individual e assume uma dimensão de coletividade na sua efetuação, demandando profissionais que respondessem à evolução do trabalho e das tecnologias daqueles dias. Essa dimensão de trabalho em grupo estava longe da concepção de equipe multiprofissional atual, onde se propõe que os saberes se somem gerando benefícios para os usuários. Nos anos 60/70, os profissionais de nível superior eram os designados e educados para pensar o trabalho; e os de nível técnico eram executores das tarefas, e não era cogitada a perspectiva crítica dos processos de trabalho para os profissionais de nível intermediário. Essa divisão do trabalho contribuiu para a construção de uma educação que seria feita em serviço, de forma aligeirada e estanque para dar conta das demandas profissionais para o setor saúde retratada em 1967 na 4ª Conferencia Nacional de Saúde.

Internacionalmente, na década de 70, os reflexos da crise econômica mundial se fizeram sentir nos países periféricos. Em 1975 o Banco Mundial (BM), em um de seus documentos, faz uma crítica ao modelo médico hospitalar especialmente em relação aos altos custos e prescreve a necessidade de uma reforma que se embasaria em ações focais que envolviam medicamentos padronizados e treinamento aligeirado para os trabalhadores de

---

<sup>5</sup> A partir do Decreto nº 7.508 de junho de 2011. O termo atenção primária em saúde passa a ser usado para designar o nível onde preferencialmente deve ocorrer o primeiro contato do usuário com o SUS com os diversos níveis de complexidade hierarquizados em níveis de complexidade crescentes que irão compor a rede de saúde que é o SUS.

saúde. O BM começa a financiar projetos e com isso, direcionar a área de saúde. Como reflexo desses direcionamentos surge a disseminação do conceito de medicina comunitária agregando medicina preventiva à racionalização de recursos.

No Brasil, nos anos 70, em se tratando do trabalho em saúde, a formação do profissional de nível superior, passou por uma reorganização que, resumidamente, pode ser identificada como o acréscimo da dimensão social, aos conhecimentos de fisiopatológicos e epidemiológicos como mais um agente implicado no adoecimento sem que, no entanto, houvesse a proposta de que essa perspectiva social contemplasse as dimensões macroeconômicas. E dessa forma, na VI Conferencia Nacional de Saúde, em 1977 fica ressaltada a importância de formar preparar, em serviço, os profissionais para atuarem nesse contexto. Houve uma ênfase no treinamento dos recursos humanos.

No final da década de 70, começa a tomar corpo o Movimento pela Reforma Sanitária que começa a se opor à medicina preventiva. A orientação marxista do movimento em questão, contemplava as questões macroeconômicas no processo de saúde propondo uma visão ampliada para o fenômeno que envolvia a conscientização política da sociedade. Desse movimento resultaram as conquistas expressas na CF de 1988 que propôs a criação de um Sistema Único de Saúde organizado com base em princípios e diretrizes e determinava em seu artigo 200, como atribuição do SUS, “ordenação da formação dos recursos humanos para a saúde”. A legislação e as regulamentações subseqüentes determinavam que os trabalhadores de saúde, nomeados pelos documentos como recursos humanos<sup>6</sup>, se tornaram importantes na configuração do modelo de saúde proposto tendo em vista que este, o SUS, se materializaria por suas ações e serviços que deveriam ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada; e deveriam contemplar as ações de promoção, proteção e recuperação demandando uma reorganização estrutura do trabalho, com profissionais que atuassem orientados pela nova proposta de organização.

Na década de 90 do século XX, as propostas neoliberais se consolidam no Brasil, afetando à saúde e à educação de maneira diferente. Como proposta de reforma de Estado, em 1995, o Plano Diretor da Reforma (BRASIL, 1995) traz como objetivos gerais, entre outros,

---

<sup>6</sup> Para Vieira (2008) “O conceito de recursos humanos é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos’ envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS –Mendes Gonçalves, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas.”

aumentar a governança do Estado(...); limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada (...) (s.p)

A década de 90 traz grandes contrastes entre o Estado fonte e garantidor dos direitos, como era determinado legalmente e a proposta de reforma que apontava um estado menos presente no que se referia as garantias sociais conquistadas historicamente. Conseqüentemente, houve na saúde uma precarização nas relações de trabalho que iriam refletir na operacionalização do SUS. A reconfiguração do papel do Estado interferiu diretamente na relação entre o público e o privado, entre o governo e a sociedade civil influenciando e se refletindo nas regulamentações e na operacionalização dos campos educação , da saúde e do trabalho, entre outros, reconfigurando também as questões relativas ao trabalho e à educação profissional em saúde.

Diante da explicação supracitada, em 1995, com o Plano Bresser, leia-se Reforma do Estado, o neoliberalismo se consolida no Brasil, e com isso, o Estado diminui a sua participação mais direta em alguns assuntos (os que são potencialmente lucrativos e, portanto interessam à iniciativa privada) e se torna mais atuante em outros (aqueles que não interessam à iniciativa privada).

Na saúde, como relata Vieira (2007), o papel do Estado ficaria circunscrito à oferta de serviços de baixo valor de mercado; ou seja,

Nesse novo papel do Estado o setor público ficaria com a responsabilidade da atenção primária e a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos concorreriam com a prestação nos serviços de atenção terciária. (p.34)

Em 1996, com a publicação da NOB 01/96, o município passaria a assumir a função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes ou cidadãos, contando para isso, com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União. A portaria em questão propunha a reorganização do modelo de atenção à saúde que envolvia, entre outros aspectos, a estruturação dos campos de atenção à saúde, a saber: políticas externas ao setor saúde, que se relaciona diretamente com a promoção de saúde, interferindo nos determinantes sociais do processo saúde-doença; o campo das intervenções ambientais, onde se incluem as relações sanitárias com os ambientes de vida e trabalho e o campo da assistência que passa a englobar, além das unidades de saúde, o ambiente domiciliar; com a inserção do então PSF, que se por

um lado se destinava às populações de baixo poder aquisitivo, por outro era uma ferramenta de inclusão e de reorganização do modelo de atenção à saúde.

Dessa forma, compreende-se que embora o Programa de Saúde da Família guardasse uma relação direta com a população de baixa renda (a que não interessa para a iniciativa privada), deve-se considerar também, que o PSF, que foi nomeado como Estratégia de Saúde da Família em 1997, objetivava reorganizar o modelo de atenção a saúde, substituindo uma atenção centrada no hospital, de cunho individual e curativo, por outra que observaria a saúde em um contexto ampliado, indo para além das práticas curativas, incluindo pessoas e grupos que até então estiveram à margem dos serviços de saúde. Ou seja, a partir de a organização da Atenção Básica pela Estratégia da Saúde da Família, avançava-se no sentido do cumprimento da legislação que fora influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária, incluindo pessoas e grupos com necessidades específicas. E sendo assim, mesmo diante dessas aparentes contradições, entende-se a Estratégia de Saúde da Família como fundamental na reorganização do modelo de saúde no Brasil, uma vez que contribuiu com uma alteração na lógica da atenção.

A saúde da família se estrutura a partir do trabalho realizado por equipes multidisciplinares compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuando em território definido e assistindo não mais de 4.000 pessoas.

Essa nova forma de organização revelava a importância dos trabalhadores, e mais especificamente, da capacidade desses trabalhadores, cuja formação até ali, se orientava pela lógica flexneriana, e que a partir do seu trabalho nas equipes de saúde da família se via exposto a uma nova maneira de trabalhar e de compreender a saúde.

Dessa forma, em relação ao nível de atenção básica em saúde, a partir da NOB 01/96, tendo como contexto de inserção, a municipalização da assistência, o Ministério da Saúde incentivou uma parceria entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para concretização da capacitação das equipes de saúde da família, que eram estratégicas na organização do campo da assistência em saúde tendo em, vista, a sua importância na valorização da coletividade e para a compreensão e concretização da integralidade da assistência. Eram os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. Estes realizaram vários cursos de capacitação em todo país e representaram uma ferramenta importante na capacitação profissional, porém não acompanharam o crescimento acelerado das equipes do PSF.

O processo de municipalização da assistência proposto pela NOB 01/96 para materializar a descentralização do SUS e reorganizar o modelo de atenção à saúde, acabou por fragmentar o SUS. E sendo assim, na sequência dela, foram feitas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) uma em 2001 e outra em 2002, já em um contexto neoliberal instalado, onde o Estado tinha atuação mínima nos campos de interesse da iniciativa privada e atuação máxima no sentido da regulamentação que garantisse os interesses desta.

As NOAS propuseram uma maior participação dos estados na organização da assistência, que a partir daí, seria realizada por conjuntos de municípios que comporiam estruturas chamadas regiões de saúde ou regiões sanitárias. As NOAS valorizavam também a Estratégia de Saúde da Família, ampliando inclusive o quantitativo de recursos financeiros destinados pela União para compor o financiamento tripartite da atenção básica que passou a se chamar Piso da Atenção Básica Ampliada (PAB-A). A NOAS 2002 apontava como áreas estratégicas para a atenção básica: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Era evidente a necessidade de capacitação dos recursos humanos para atuarem nessas áreas.

Em linhas gerais, para a formação profissional, a partir da publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9394/96 que previa, entre outros aspectos, a educação para o trabalho baseada no desenvolvimento de competências; houve uma flexibilização dos currículos. Com base na referida lei, em 2001 foram estabelecidas Diretrizes Curriculares para os cursos de saúde, que contribuíram com a construção de iniciativas que intentavam melhorar a formação dos recursos humanos para a saúde tais como: Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas-PROMED, em 2002, e o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem-PROENF.

Em 2002 foi criada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), documento que apontava a questão dos recursos humanos como fundamental para a consolidação do SUS; e ressaltando que esta questão, estava sendo afetada fortemente pela reforma do Estado. O documento apontava que os RH estavam passando por um processo de intensa desregulamentação que se materializava, no processo de trabalho no SUS, na multiplicidade de vinculação trabalhista, em múltiplos vínculos, empobrecendo a relação do trabalhador com o SUS e gerando grandes insatisfações se refletiam na produção da saúde.

Diante dessa breve recuperação histórica, a partir daqui a pesquisadora passa a compor o cenário do intervalo de tempo a que essa pesquisa se destina que é 2003 a 2010, período coincidente com os dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Em janeiro de 2003, teve início o primeiro mandato do presidente Lula que após concorrer em três pleitos, se elege presidente da república. No campo da economia, dando sequência a política do governo Fernando Henrique Cardoso, nomeou Henrique Meirelles para a Direção do Banco Central, sinalizando para o mercado internacional que não haveria modificações significativas na política econômica do Brasil, agora sob sua direção.

Nos dois mandatos a inflação esteve controlada se mantendo dentro do esperado, o Produto Interno Bruto (PIB) se expandiu em torno de 4% , o Brasil se expandiu no mercado internacional, no segundo mandato Lula antecipou o pagamento de dívidas junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), e embora tem havido um investimento maciço na diminuição da pobreza com a criação de vários programas assistencialistas, em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH<sup>7</sup>) o Brasil que ocupava a 63ª posição caiu para 75ª. Na saúde, o próprio Ministro da Saúde, José Gomes Temporão alegava que havia pouco investimento de recursos financeiros.

O Governo Lula da Silva se estabelece e houve uma reestruturação no Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Note-se que, apesar da determinação legal que atribuiu ao SUS a organização da formação e a gestão do trabalho, apenas em 2003, no governo Lula da Silva, na vigência da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), foi criada uma estrutura para a articulação e construção de políticas permanentes de educação, Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a proposta de articulação da saúde com outros setores de governo que são o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), articulação das diferentes esferas de governo (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e educação) , com a sociedade civil envolvendo com instituições formadoras, docentes, estudantes, trabalhadores, movimentos sociais e com instâncias de participação da comunidade, ou seja, aquela que representa legalmente o interesses do usuário que são conselhos de saúde.

---

<sup>7</sup> mede o nível de desenvolvimento humano dos países utilizando como critérios indicadores de educação longevidade e renda .

Na sequência disto, os recursos humanos se configuraram em um dos dez temas para discussão na XII<sup>8</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>9</sup>, realizada em 2004: ‘O trabalho na saúde’, que orientou as discussões que abordavam não somente a gestão, mas também as questões relativas à precarização e a educação do trabalhador para a saúde.

A partir de 2003, foi criada a SGTES que se organiza em dois departamentos a saber : o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e o Departamento da Gestão da Educação em Saúde (Deges) que se constitui de três coordenações gerais: 1) Ações Estratégicas em Educação na Saúde cuja atuação se dá no nível superior de educação para as profissões de saúde; 2) Ações Técnicas em Educação na Saúde que se relaciona com a educação profissional (leia-se aqui, de nível técnico) dos trabalhadores; e 3) Ações Populares de Educação na Saúde se destina a promover a educação em saúde na sociedade civil e a partir da criação da SGTES houve uma valorização dos conceitos de educação permanente no Brasil.

Diante das peculiaridades envolvidas na materialização da atenção básica, estão aquelas relativas a gestão da educação e do trabalho em saúde, da qual se destaca, a início a complexidade de concepções. Se a definição de saúde é algo complexo, o trabalho em saúde também não é um processo simples; por envolver as necessidades individuais e as da coletividade, envolvendo as dimensões éticas e políticas da formação uma vez que essas dimensões implicam na articulação de serviços, profissionais de saúde, usuários e gestores, sujeitos associados a recursos que permeiam a atividade envolvendo instrumentos, saber técnico e relação entre sujeitos.

O trabalho em saúde é coletivo e não há trabalhador que consiga realizar todas as tarefas que o processo demande; o que irá envolver num mesmo grupo, trabalhadores com diferentes níveis de formação. “Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’ ” (MERHY in: PEREIRA e LIMA, 2008 p. 283.)

A Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde em 1988. A Carta Magna do país em seu artigo 198 determina que as ações e serviços de saúde se organizem de forma regionalizada e hierarquizada e constituam esse sistema único; indo além , quando determina

---

<sup>8</sup> A XXII Conferência Nacional de Saúde foi antecipada para subsidiar as políticas de saúde do primeiro mandato de governo de Luiz Inácio Lula da Silva e carregava grandes expectativas dos conferencistas em relação ao novo governo.

<sup>9</sup> Segundo a Lei 8142/90, o objetivo das conferências de saúde, que ocorrem em todas as esferas de governo e estabelecer diretrizes para a construção das políticas de saúde.

como atribuição do SUS, em seu artigo 200, a ordenação da formação dos recursos humanos em saúde (Brasil, 1988).

Tendo em vista que ações e serviços não se realizam por si, a legislação seguinte a Constituição Federal, mais precisamente a Lei 8.080/90, entre outros assuntos, regulamenta questões relativas à formação e à valorização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Apesar da determinação legal, sobre a organização da formação e a gestão do trabalho, apenas em 2003, no governo Lula da Silva, uma estrutura que articulasse e construísse políticas permanentes de educação. Foi criada no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a proposta de articulação da saúde com outros setores de governo que são o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), articulação das diferentes esferas de governo (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e educação), com a sociedade civil envolvendo com instituições formadoras, docentes, estudantes, trabalhadores, movimentos sociais e com instâncias de participação da comunidade, ou seja, aquela que representa legalmente o interesses do usuário que são conselhos de saúde.

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização do SUS - Humanizadas, O Humanizadas norteia-se pelos valores do protagonismo e autonomia dos indivíduos com diferentes categorias de participação, num processo de responsabilidade compartilhada na construção de vínculos, redes de cooperação e gestão participativa, visando a valorização dos atores relacionados ao processo de produção de saúde, o que inclui usuários, gestores e trabalhadores e, em seu texto, identifica, como aspecto relevante, o despreparo dos profissionais de saúde no trato com a subjetividade que essa prática demanda que se somam aos modelos centralizadores de gestão que por serem verticais desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. (BRASIL, 2004), propondo que fosse organizada a formação para o trabalho que envolvesse as dimensões técnica e política do processo de produção de saúde.

A Criação da SGTES traz em si, no que tange a formação dos trabalhadores, a proposta de articulação da saúde com outros setores de governo que são o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), articulação das diferentes esferas de governo (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e educação), com a sociedade civil envolvendo com instituições formadoras, docentes, estudantes, trabalhadores, movimentos sociais e com instâncias de participação da comunidade.

Em 2003, uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Resolução CNS, nº335 afirmava a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde”, recomendando que os gestores das três esferas de governo assegurassem recursos e esforços necessários à sua viabilização que devia considerar a interação com as instancias de controle social do SUS e com as instituições de ensino na área de saúde; e “apoiar as estratégias e ações que visem à interação entre a formação de profissionais e a construção da organização da atenção à saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e desta Política” (2003) .

Sendo assim, há duas dimensões a serem consideradas na materialização das ações e serviços de saúde propostas como direito de todos na CF 1988 a gestão do trabalho e a educação profissional que, a partir do governo Lula passaram a contar com uma secretaria organizada para essa finalidade: contemplar a gestão do trabalho através do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e da educação na saúde através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). Estava dada a importância a educação profissional na saúde para a reorganização do modelo de atenção.

E desta forma, em 2004, a fim de direcionar a educação profissional na saúde, foi criada Portaria nº 198/GM - a primeira PNEPS que, entre outros aspectos considerava a articulação da gestão, atenção e participação popular com a educação profissional em saúde, diante da relevância da integração entre ensino, exercício de ações, condução da gestão e gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde para a qualificação das práticas de saúde e instituiu os Polos de Educação Permanente que poderiam ser compostos, segundo o texto da portaria por :

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

Cabe ressaltar que dentro das linhas de apoio dos polos de educação permanente havia uma que já se destinava a formação/capacitação para o profissional de saúde na Atenção Básica.

Em relação ao contexto de criação da portaria em 2004, aos processos de formação para a área de saúde, Ceccim e Feuerweker (2004) apontam que

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (p.43)

indo além das questões tecnicistas articulando-se com os processos de gestão intermediados pelo controle social influenciando inclusive na formulação e condução das políticas.

Para Vieira (2007), “a educação permanente aparece como opção de integrar uma proposta na qual gestão e qualificação são percebidas como vias simultâneas que se potencializam mutuamente”(p.113)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi criada como uma proposta de ação estratégica que visava a contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas.

A implantação desta Política, implicava em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

E a PNEPS vem como proposta de solução para a fragilidade e a fragmentação de outras políticas de formação profissional anteriores, como afirma Vieira (2007); objetivando duas coisas : impactar as instituições formadoras incentivando mudanças e a promoção de mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, tendo em vista a manutenção da lógica programática das ações e/ou das profissões fora mantida pelas iniciativas anteriores não conseguindo desafiar os sujeitos envolvidos no processo para a problematização das suas práticas e para o trabalho em equipe. Segundo a primeira PNEPS (MS, 2004),

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de **capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações**, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.(MS, 2004 *grifo nosso*)

Em 2006, já segundo mandato do governo Lula, foi instituído o Pacto pela Saúde de 2006 através da Portaria nº 399 de 2006 . Como consta, no texto do anexo I da referida portaria, que retratava o panorama do SUS em 2006 ,

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; **1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde**; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, **o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso** no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e **no atendimento relativo à Atenção Básica**. (MS, 2006 *grifo nosso*)

Segundo a publicação SUS de A a Z (2012), o Pacto pela Saúde visa promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, buscando eficiência e qualidade nas respostas do SUS redefinindo “as responsabilidades de cada nível de governo em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social” ; e tem o “objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS”.

O Pacto pela Saúde consta de três dimensões assim denominadas: 1) Pacto pela Vida que se constitui no compromisso dos gestores com prioridades que apresentam impacto na situação de saúde da população e estabelece a Atenção Básica em Saúde , como uma das prioridades para 2006, visando “consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.” (MS, 2006); 2) Pacto em Defesa do SUS, que visa entre outros aspectos assegurar o SUS como política de Estado; e 3) Pacto de Gestão que “estabelece as responsabilidades de cada ente federado do SUS, (...) diminuindo competências concorrentes” e estabelece diretrizes nas quais configuram, entre outras, as diretrizes relativas à organização da rede regionalizada e à gestão do trabalho e da educação na Saúde.

Em relação à organização da rede regionalizada e hierarquizada, o Pacto de Gestão preconiza que o gestor estadual deve organizar o espaço através de regiões de saúde. Ou seja, o gestor estadual, articulando-se aos municípios, organiza o território em regiões de saúde que

são compostas por grupos de municípios limítrofes e têm como objetivo promover acesso, resolutividade, integralidade, racionalizar gastos e otimizar recursos.

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional<sup>10</sup>. (...) (s.p)

O Colegiado de Gestão Regional é composto por representação estadual, por representação dos municípios que compõem a região e conta ainda com uma câmara técnica se constituindo em espaço de decisão que, para a organização de uma rede regional de ações e serviços de saúde, se baseará na identificação, na definição de prioridades e da pactuação de soluções e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

Com base nessa organização, se estruturam as CIES.

O anexo II do referido documento, determina as diretrizes operacionais para a materialização do Pacto pela saúde, trazendo para o fortalecimento da atenção básica, os seguintes objetivos:

Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locorregionais.

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

---

<sup>10</sup> O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.(MS,2006)

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades locais regionais. (MS, 2006-B s.p.)

Em relação ao Pacto de Gestão, a portaria, em seu anexo II, estabelece, como diretrizes, resumidamente, o avanço na implementação da PNEPS que envolvia: a compreensão dos seus conceitos e sua adequação às especificidades regionais valorizando a participação dos estados e dos municípios na sua execução e a “descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e [da sua] execução orçamentária” (MS 2006); o embasamento da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, considerados estratégicos para o SUS, a partir das necessidades identificadas, valorizando aspectos como metodologias e técnicas inovadoras de ensino-aprendizagem que devem ser revistas e adequadas às distintas lógicas e especificidades regionais.

Nesse contexto do Pacto pela Saúde 2006, foi proposta a primeira Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria GM/MS nº 648 de 2006 .

No segundo mandato do governo Lula da Silva, no contexto do Pacto pela Saúde de 2006, houve uma mudança na composição da SGTES, que se refletiu, entre outros aspectos no conteúdo e execução da proposta de educação permanente em saúde , gerando a PNEPS de 2007 através da Portaria GM/MS nº 1996, que traz como principais alterações em relação à primeira portaria: a descentralização do recursos financeiros; a estruturação do Colegiado de Gestão Regional (CGR) que passa a ter o poder de decisão e aprovação dos projetos de EPS; a elaboração do Plano de Ação Regional de EPS coerentes com o Plano estadual e municipais de saúde;

A PNEPS de 2007 se propôs a adequar-se as propostas do Pacto pela Saúde de 2006, definindo novas estratégias e redirecionando a Política nacional de Educação Permanente em Saúde orientada pelas especificidades regionais visando

a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (MS, 2007s.p.)

Fica consolidada, nessa segunda PNEPS, a descentralização do processo de formação e desenvolvimento do trabalho a partir do estabelecimento das responsabilidades entre as três esferas de governo que passam a ser as seguintes:

- I – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
- II – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e
- III – Articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (MS, 2007)

Do ponto de vista operacional, em nível regional, o documento determina a participação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)<sup>11</sup> e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) previstas na Lei nº 8080/90, em seu artigo 14º que expressa que, para a natureza intersetorial que envolve a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, devem ser criadas as tais CIES que tem como finalidade

propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL, 1990)

Os CGRs tem a função e elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente consonante com os planos de saúde dos municípios, da região e do estado, chamado de Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde; definindo a responsabilidade municipal e regional nos referidos planos, tendo também, como atribuição

(...) incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência. (MS, 2007 s.p)

---

<sup>11</sup> A regionalização da assistência a que se refere o Pacto pela Saúde 2006, em sua dimensão Pacto de gestão, estabelece que cabe ao gestor estadual em articulação com os gestores municipais, organizar o território do estado, definindo regiões de saúde que são formadas por grupos de municípios limítrofes a partir de identidades sociais, econômicas e culturais; redes de comunicação e transportes existentes no território. As regiões têm por objetivos, entre outros citados no Pacto Pela Saúde 2006 em sua dimensão Gestão atender princípios como universalidade, integralidade de assistência, equidade. Os Colegiados de Gestão Regional são inovações que intentam a articulação contínua e permanente dos municípios e estado, nas regiões de saúde nos quais se inserem.

E a proposta aqui é de ruptura com a compra de serviços educacionais que geralmente eram prestados por instituições externas sob forma de “pacotes de ensino” que pouco se relacionavam com os problemas enfrentados pelas equipes de saúde no cotidiano de suas atividades. Sendo assim a PNEPS (2007)

explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. (s.p)

Dentre as críticas que se fazem ao processo de educação permanente estão as que envolvem a questão da capacitação como uma mera ferramenta que se funda na técnica em detrimento da construção de processos críticos que irão levar ao desenvolvimento efetivo, com as mudanças requeridas pelo trabalho a partir do trabalhador de saúde.

Em nosso país, o setor da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.(CECCIM; FEUERWEKER, 2004 p.44)

Diante do exposto, no tópico a seguir, será feita a análise que envolve as duas PNEPS e a PNAB, naquilo que se refere a formação do trabalhador inserido na ABS.

#### 1.2.6 A Educação Permanente

Para Ceccim e Ferla (2009) a educação permanente é uma proposta que se contrapõe a modalidade ensino-aprendizagem, se constituindo a partir de uma perspectiva que contempla o ensino problematizador, desconstruindo a hegemonia no processo ensino aprendizagem; em que educando e educador constroem conhecimento a partir da problematização do processo de trabalho e da consideração das “vivências pessoais” dos alunos em um processo dinâmico que

gera novas perguntas e a construção de novos saberes promovendo uma relação de íntima entre educação e saúde.

Portanto, apesar de parecer, em uma compreensão mais apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.(s.p)

Ceccim e Feuerwerker (2004) se utilizam da figura do quadrilátero de formação cujos lados envolvem o ensino, a gestão setorial, as práticas de atenção e o controle social em saúde.

A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social. (p.41)

Para esses autores a questão técnica é apenas uma das dimensões na busca do desenvolvimento de condições para o atendimento das necessidades subjetivas e objetivas da população. A formação não envolve somente a busca de evidências, diagnósticos prognósticos e tratamento mas deve atender também às necessidades do controle social<sup>12</sup> e da gestão setorial.

Para Ceccim e Ferla (2009), a Educação Permanente em saúde se parece em muitos aspectos com a Educação Popular em saúde, utilizando-se de vários conceitos desta; mas se diferenciando dela, pelo foco. O enfoque da educação popular é a cidadania, o da educação permanente é o trabalho. Os autores consideram a Educação Permanente um desafio político-pedagógico que envolve

um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a **mudança no conhecimento e no exercício profissional**, trazendo,

---

<sup>12</sup> Para Correia (2009), "na teoria política, o significado de 'controle social' é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado."

junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações. (*grifo nosso s.p*)

e advogam que, como prática de ensino-aprendizagem, sua proposta é produzir conhecimentos a partir da realidade das práticas e as vivências dos sujeitos envolvidos; ou seja, a partir da problematização do processo de trabalho em saúde; onde o aprendizado deve responder as perguntas que se constroem a partir da observação e atuação do trabalhador, no dia a dia, onde não há superioridade no que ensina; e contraria a aprendizagem mecânica muitas vezes desconectada do cotidiano das prática em saúde.

Segundo Cecim e Ferla (2009), como política de saúde, a educação permanente tem a integralidade<sup>13</sup> como sua norteadora considerando as dimensões: formação, gestão, participação social .

---

<sup>13</sup> Matta (2006) aponta quatro dimensões de integralidade importantes para a saúde a saber:

- 1- *No sentido histórico, na idéia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país;*
- 2- *No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral;*
- 3- *No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral;*
- 4- *No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.*

## 2 APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES INSERIDOS NESSE NÍVEL DE ATENÇÃO

### 2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Para viabilizar o fortalecimento da ABS, também em 2006 foi publicada a Portaria GM/MS Nº 648/2006 intitulada Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A portaria do Ministério da Saúde definiu a atenção básica como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) [considerando] o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL,2006 -B)

Para a PNAB (2006) a ABS, no Brasil, tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

**II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;**

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

**IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;**

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social. (*grifo nosso* s.p)

A Portaria GM/MS nº648 de 2006, atribuiu aos municípios e ao Distrito Federal, a responsabilidade de organização da ABS em seu território. Segundo a PNAB, os municípios e

o DF poderão organizar a ABS com ou sem estratégia de saúde da família; o documento aponta como características do processo de trabalho na ABS a definição de território em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) irão atuar, orientadas entre outros aspectos, pelas diretrizes da política nacional de humanização especialmente no tocante ao acolhimento, à participação das equipes e dos usuários no planejamento e avaliação das ações. A organização da ABS deve contemplar a resolutividade através a priorização das atividades que solucionem os problemas de saúde mais frequentes, realizando atendimentos as urgências médicas e odontológicas, garantindo acesso a uma assistência contínua e integral incluindo apoio diagnóstico e laboratorial, ações educativas que fortaleçam a participação social e às práticas relativas à qualidade de vida, a prevenção de doenças e de danos evitáveis a partir do enfoque das ações em fatores e grupos de risco.

Como mencionado, anteriormente, aos municípios e ao DF cabe a organização da ABS em seu território, e eles podem optar por organizar a porta de entrada ao sistema de saúde, se utilizando da Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com a PNAB (MS 2006 - B),

A expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; [e] (...) transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros (...) (s.p.)

A Saúde da Família (SF) é a estratégia prioritária para a organização da APS cuja proposta é promover , segundo o Ministério da saúde (2006), “a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua levando-as para mais perto da família” objetivando influenciar na qualidade de vida e de saúde da população.

A SF baseia-se e fortalece princípios fundamentais do SUS como a universalização, a descentralização, integralidade e participação da comunidade, atuando através da vinculação dos usuários a partir de um cadastramento feito pelas equipes de saúde. A equipe de saúde da família traz como características de trabalho, entre outras, segundo a PNAB (2006):

(...)V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

A PNAB (MS, 2006-B) estabelece em seu texto as atribuições comuns e específicas de cada profissional nas equipes de saúde da família, dentre as quais, destacam-se aqui:

(...)III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

(...) **VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;**

**VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;**

(...)IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; (*grifo nosso s.p*)

Diante das referências supracitadas, há que se destacar a necessidade de formação e qualificação de um trabalhador que seja capaz de transitar nas peculiaridades que a APS requer.

Os números relativos à ABS divulgados pelo DAB no sítio do Ministério da Saúde, na internet, dão conta de que em 2003 (primeiro ano do governo Lula da Silva) foram investidos, na ESF, 1.662,80 milhões de reais e apresentava a seguinte configuração: em relação às equipes de saúde da família, eram 19 mil equipes, abrangendo 4,4 mil municípios e tendo como cobertura populacional 35,7% da população brasileira (aproximadamente 63,3 milhões de pessoas). Em relação às equipes de saúde bucal, eram 6,2 mil em 2,8 mil municípios cuja cobertura populacional era de aproximadamente 35,8 milhões de pessoas, número equivalente a 20,5% da população brasileira. Em relação aos agentes comunitários de saúde, eles eram 184,3 mil, cobrindo 5,1 municípios alcançando 54% da população brasileira, que correspondem a aproximadamente 94 milhões de pessoas.

Para ampliar a abrangência das ações ABS apoiando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no que tange a regionalização, a Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em março de 2008 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), tem como objetivo

(...) ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (MS, 2008 s.p.)

O NASF se constitui de equipes multidisciplinares cujo trabalho envolve apoiar as equipes de SF do território onde o NASF estiver cadastrado, através do compartilhamento de práticas de saúde, visando reforçar nove diretrizes de atenção à saúde: o território, a integralidade, o controle social, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação permanente em saúde, a educação popular, a promoção da saúde e a humanização.

A referida portaria aponta como áreas estratégicas para a atuação do NASF: saúde da mulher, alimentação e nutrição, atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, serviço social, saúde da criança e do jovem; assistência farmacêutica e saúde mental. Para tanto, são propostas duas modalidades de NASF: o NASF 1 e o NASF 2.

O NASF 1 que poderá se vincular de oito a vinte equipes de saúde da família, devendo ser, minimamente composto por cinco das seguintes profissões de nível superior: farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; psicólogo; profissional da educação física; assistente social, nutricionista; terapeuta ocupacional e médico (das seguintes especialidades: (Ginecologia; homeopatia; acupuntura; pediatria e psiquiatria); e o NASF 2 cujo trabalho deve se vincular a três equipes de saúde da família e de cuja composição conta, minimamente com três profissionais de saúde em nível superior não coincidentes como: profissional de educação física; nutricionista; fisioterapeuta; assistente social; terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo; farmacêutico e psicólogo.

A estruturação do processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve priorizar, entre outros aspectos: o atendimento com ênfase na discussão de casos, compartilhado de forma interdisciplinar, contemplado também, nas intervenções específicas do NASF, deixando o atendimento individualizado só para situações de extrema necessidade; atuação articulada entre o NASF e as equipes de SF e de outros

setores tendo em vista a importância das ações intersetoriais e sua importância para o desenvolvimento da organização da saúde em uma perspectiva ampliada.

A portaria que institui o NASF em 2008, em seu anexo I traz em sua redação:

São ações de responsabilidade de **todos os profissionais que compõem os NASF**, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- **atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar**, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- **acolher os usuários e humanizar a atenção;**
- **desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras** políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- (...)
- **elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF** do acompanhamento dos usuários, realizando **ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.** (*grifo nosso*, MS, 2008 s.p.)

Tendo em vista todas essas implicações, para um bom funcionamento da ABS, além , dos processos de gestão, se torna fundamental uma educação profissional voltada para atender as demandas da reorganização do modelo de saúde atual representado pelo SUS com seus princípios e diretrizes definidos e regulamentados por leis e portarias e na configuração supracitada.

## 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A CAPACITAÇÃO DO TRABALHADOR PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Para a compreensão da pesquisa que ora se apresenta, far-se-á uma breve descrição da conjuntura na qual se desenvolve a capacitação<sup>14</sup> do trabalhador da ABS, no Brasil.

---

<sup>14</sup> Destaque-se, aqui, que esta pesquisa entende que a construção das competências (se relaciona ao saber dos trabalhadores) e envolve a qualificação e a capacitação. A qualificação é entendida em um aspecto mais estrutural e a capacitação em um aspecto mais operacional, em uma perspectiva mais instrumental; relacionada a processos peculiares para os quais se tem a necessidade de direcionar a atuação do trabalhador para uma tarefa ou conjunto de tarefas específicas como é o caso do exercício das atividades na ABS.

Para tanto, embora o objeto desse trabalho seja avaliar as políticas do MS para a capacitação da força de trabalho inserida no primeiro nível de atenção, no período de 2003 a 2010, toma-se como ponto de partida a Reforma do Estado em 1995 porque o entendimento desta esta contribui na compreensão da configuração das mudanças na atitude do Estado em relação ao seu papel na consolidação da legislação da saúde. Dessa forma, tendo como pano de fundo, a reforma de Estado proposta pelos Plano Bresser Pereira, a elaboração de políticas do MS, traduzidas na publicação de portarias tais como as referentes à operacionalização do SUS , dentre as quais destacamos as Normas Operacionais Básicas e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde; estas últimas, pela sua importância no contexto no qual foi estruturada a primeira PNEPS, em 2004. E, por fim, o Pacto pela Saúde 2006, contexto no qual foi construída a segunda PNEPS em 2007, concluindo com uma breve comparação entre as duas regulamentações das Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde.

Diante da explicação supracitada, em 1995, com o Plano Bresser, leia-se Reforma do Estado, o neoliberalismo se consolida no Brasil, e com isso, o Estado diminui a sua participação mais direta em alguns assuntos (os que são potencialmente lucrativos e, portanto interessam à iniciativa privada) torna-se mais atuante em outros (aqueles que não interessam à iniciativa privada).

Na saúde, como relata Vieira (2007), o papel do Estado ficaria circunscrito à oferta de serviços de baixo valor de mercado.

Em 1996, com a publicação da NOB 01/96, o município passaria a assumir a função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes ou cidadãos, contando para isso, com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União. A portaria em questão propunha a reorganização do modelo de atenção à saúde que envolvia, entre outros aspectos, a estruturação dos campos de atenção à saúde a saber : políticas externas ao setor saúde, que se relaciona diretamente com a promoção de saúde, interferindo nos determinantes sociais do processo saúde-doença; o campo das intervenções ambientais , onde se incluem as relações sanitárias com os ambientes de vida e trabalho e o campo da assistência que passa a englobar, além das unidades de saúde, o ambiente domiciliar; com a inserção do então PSF, que se por um lado se destinava às populações de baixo poder aquisitivo, por outro era uma ferramenta de inclusão e de reorganização do modelo de atenção à saúde.

Dessa forma, compreende-se que embora o Programa de Saúde da Família guardasse uma relação direta com a população de baixa renda (a que não interessa para a iniciativa privada), deve-se considerar também, que o PSF, que foi nomeado como Estratégia de Saúde da Família em 1997, objetivava reorganizar o modelo de atenção a saúde , substituindo uma

atenção centrada no hospital, de cunho individual e curativo, por outra que observaria a saúde em um contexto ampliado, indo para além das práticas curativas, incluindo pessoas e grupos que até então estiveram à margem dos serviços de saúde. Ou seja, a partir de a organização da Atenção Básica pela Estratégia da Saúde da Família, avançava-se no sentido do cumprimento da legislação que fora influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária , incluindo pessoas e grupos com necessidades específicas. E sendo assim, mesmo diante dessas aparentes contradições, entende-se a Estratégia de Saúde da Família como fundamental na reorganização do modelo de saúde no Brasil, uma vez que contribui com uma alteração na lógica da atenção.

A saúde da família se estrutura a partir do trabalho realizado por equipes multidisciplinares compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuando em território definido e assistindo não mais de 4.000 pessoas.

Essa nova forma de organização revelava a importância dos trabalhadores, e mais especificamente, da capacidade desses trabalhadores, cuja formação até ali, se orientava pela lógica flexneriana , e que a partir do seu trabalho nas equipes de saúde da família se via exposto a uma nova maneira de trabalhar e de compreender a saúde.

Dessa forma, em relação ao nível de atenção básica em saúde , a partir da NOB 01/96, tendo como contexto de inserção, a municipalização da assistência, o Ministério da Saúde incentivou uma parceria entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para concretização da capacitação das equipes de saúde da família, que eram estratégicas na organização do campo da assistência em saúde tendo em, vista, a sua importância na valorização da coletividade e para a compreensão e concretização da integralidade da assistência. Eram os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. Estes realizaram vários cursos de capacitação em todo país e representaram uma ferramenta importante na capacitação profissional, porém não acompanharam o crescimento acelerado das equipes do PSF.

O processo de municipalização da assistência proposto pela NOB 01/96 para materializar a descentralização do SUS e reorganizar o modelo de atenção à saúde, acabou por fragmentar o SUS. E sendo assim, na sequência dela, foram feitas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) uma em 2001 e outra em 2002, já em um contexto neoliberal instalado, onde o Estado tinha atuação mínima nos campos de interesse da iniciativa privada e atuação máxima no sentido da regulamentação que garantisse os interesses desta.

As NOAS propuseram uma maior participação dos estados na organização da assistência, que a partir daí, seria realizada por conjuntos de municípios que comporiam estruturas chamadas regiões de saúde ou regiões sanitárias. As NOAS valorizavam também a Estratégia de Saúde da Família, ampliando inclusive o quantitativo de recursos financeiros destinados pela União para compor o financiamento tripartite da atenção básica que passou a se chamar Piso da Atenção Básica Ampliada (PAB-A). A NOAS 2002 apontava como áreas estratégicas para a atenção básica: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Era evidente a necessidade de capacitação dos recursos humanos para atuarem nessas áreas.

Em linhas gerais, para a formação profissional, a partir da publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9394/96 que previa, entre outros aspectos, a educação para o trabalho baseada no desenvolvimento de competências; houve uma flexibilização dos currículos. Com base na referida lei, em 2001 foram estabelecidas Diretrizes Curriculares para os cursos de saúde, que contribuíram com a construção de iniciativas que intentavam melhorar a formação dos recursos humanos para a saúde tais como: Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas-PROMED, em 2002, e o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem-PROENF.

Em 2002 foi criada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), documento que apontava a questão dos recursos humanos como fundamental para a consolidação do SUS; e ressaltando que esta questão, estava sendo afetada fortemente pela reforma do Estado. O documento apontava que os RH estavam passando por um processo de intensa desregulamentação que se materializava, no processo de trabalho no SUS, na multiplicidade de vinculação trabalhista, em múltiplos vínculos, empobrecendo a relação do trabalhador com o SUS e gerando grandes insatisfações se refletiam na produção da saúde.

Resumindo, quando se iniciou o primeiro mandato de Lula da Silva, em 2003, o contexto de saúde era de fragmentação do processo de trabalho, com um todo. Em relação à atenção básica os profissionais formados dentro de uma lógica flexneriana, reproduziam no trabalho, as características de um modelo de atenção baseado na queixa-conduta, onde se perpetuava a dimensão curativa e de cunho individual; em contrates, uma nova forma de organização do trabalho e de capacitação dos profissionais era exigida para a reorganização do modelo de atenção à saúde, que a partir daí, atuaria com base na atenção integral à saúde considerando-se a dimensão coletiva. Houve várias pressões e expectativas para o governo de

Lula, em geral. Na saúde, foi antecipada a XIIª Conferencia Nacional de Saúde, a fim de que seus debates norteassem as políticas de saúde do governo recém-constituído.

Diante dessa breve recuperação histórica, a partir daqui a pesquisadora passa a compor o cenário do intervalo de tempo a que essa pesquisa se destina que é 2003 a 2010, período coincidente com os dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Em janeiro de 2003, teve início o primeiro mandato do presidente Lula que após concorrer em três pleitos, se elege presidente da república. No campo da economia, dando sequencia a política do governo Fernando Henrique Cardoso, nomeou Henrique Meirelles para a Direção do Banco Central, sinalizando para o mercado internacional que não haveria modificações significativas na política econômica do Brasil, agora sob sua direção.

Nos dois mandatos a inflação esteve controlada se mantendo dentro do esperado, o Produto Interno Bruto (PIB) se expandiu em torno de 4% , o Brasil se expandiu no mercado internacional, no segundo mandato Lula antecipou o pagamento de dívidas junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), e embora tem havido um investimento maciço na diminuição da pobreza com a criação de vários programas assistencialistas, em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH<sup>15</sup>) o Brasil que ocupava a 63ª posição caiu para 75ª. Na saúde, o próprio Ministro da Saúde, José Gomes Temporão alegava que havia pouco investimento de recursos financeiros.

O Governo Lula da Silva se estabelece e houve uma reestruturação no Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Note-se que, apesar da determinação legal que atribuiu ao SUS a organização da formação e a gestão do trabalho, apenas em 2003, no governo Lula da Silva, na vigência da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), foi criada uma estrutura para a articulação e construção de políticas permanentes de educação, Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a proposta de articulação da saúde com outros setores de governo que são o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), articulação das diferentes esferas de governo (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e educação) , com a sociedade civil envolvendo com instituições formadoras, docentes, estudantes, trabalhadores, movimentos sociais e com instâncias de participação da comunidade, ou seja, aquela que representa legalmente o interesses do usuário que são conselhos de saúde.

---

<sup>15</sup> mede o nível de desenvolvimento humano dos países utilizando como critérios indicadores de educação longevidade e renda .

Na sequência disto, os recursos humanos se configuraram em um dos dez temas para discussão na XII<sup>16</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>17</sup>, realizada em 2004: ‘O trabalho na saúde’, que orientou as discussões que abordavam não somente a gestão, mas também as questões relativas à precarização e a educação do trabalhador para a saúde.

A partir de 2003, foi criada a SGTES que se organiza em dois departamentos a saber : o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e o Departamento da Gestão da Educação em Saúde (Deges) que se constitui de 3 coordenações gerais: 1) Ações Estratégicas em Educação na Saúde cuja atuação se dá no nível superior de educação para as profissões de saúde; 2) Ações Técnicas em Educação na Saúde que se relaciona com a educação profissional (leia-se aqui, de nível técnico) dos trabalhadores; e 3) Ações Populares de Educação na Saúde se destina a promover a educação em saúde na sociedade civil e a partir da criação da SGTES houve uma valorização dos conceitos de educação permanente no Brasil.

### 2.3 ANÁLISE DA PROPOSTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A CAPACITAÇÃO DO TRABALHADOR A PARTIR DA PORTARIA GM/MS Nº 648 DE 2006 (PNAB 2006)

Para analisar a PNAB é interessante examinar o contexto de sua criação. Em 2006, ainda no primeiro mandato do governo Lula da Silva, foi criada pelo MS a Portaria 399 de 2006 também chamada de Pacto pela Saúde<sup>18</sup>. Neste documento, visando superar dificuldades que foram indicadas na sua negociação, os gestores do SUS assumiram o compromisso público com o conteúdo dessa portaria; cujo texto será reavaliado anualmente, e dá ênfase a atenção das necessidades de saúde da população, implicando na articulação e integração das prioridades constantes nas suas três dimensões que são: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

<sup>16</sup> A XXII Conferência Nacional de Saúde foi antecipada para subsidiar as políticas de saúde do primeiro mandato de governo de Luiz Inácio Lula da Silva e carregava grandes expectativas dos conferencistas em relação ao novo governo.

<sup>17</sup> Segundo a Lei 8142/90, o objetivo das conferências de saúde, que ocorrem em todas as esferas de governo e estabelecer diretrizes para a construção das políticas de saúde.

<sup>18</sup> A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, ***promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas*** e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários ***em função das necessidades de saúde da população*** e na busca da equidade social.(MS, 2006 -A. grifo nosso)

O Pacto pela Vida que é definido como “compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” traz, entre seus objetivos e prioridades, a consolidação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) "como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS." (MS, 2006- A).

Sendo assim, as diretrizes operacionais, da referida portaria, apontam o Fortalecimento da Atenção Básica, como uma de suas prioridades estipulando como um de seus objetivos,

desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. (MS, 2006 – A. s.p.)

Ao destacar os aspectos supracitados, a pesquisa em questão visa ressaltar a relevância atribuída ao nível de atenção básica como ordenador da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços que compõem o SUS e também, ao reconhecimento da portaria em relação à importância na qualificação (aspecto mais estrutural da formação) e da capacitação (aspecto mais operacional da formação) dos trabalhadores para esse nível de complexidade de assistência.

A Portaria 399/2006 também define, nas diretrizes do Pacto de Gestão, no tópico gestão do trabalho, que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem induzir mudanças nos campos da gestão do trabalho e também no campo da educação na saúde, apontando as seguintes diretrizes para esta última:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva

descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho. (s.p.)

Diante do contexto estabelecido pelo Pacto pela Saúde de 2006, foi publicada a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (PNAB), “estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (MS, 2006 –B), tendo em vista a importância da Estratégia de saúde da família; uma vez que a estratégia de saúde da família, a partir daí, se transformara em uma estratégia nacional para a reorganização da atenção à saúde (considerando-se que a Estratégia da Saúde da Família tinha sido definida pelo Pacto pela Vida como fundamental para o fortalecimento do nível de Atenção Básica) demandando a necessidade de adequação de normas diante das especificidades e da experiência acumulada pelas três esferas de governo. Nesse contexto, foi o trabalhador, assim como, o processo de trabalho foram considerados fundamentais gerando a necessidade de capacitação da força de trabalho deste nível de atenção que foram expressos na PNAB em 2006.

A Portaria GM/MS Nº 648 de 2006, definia a Atenção Básica em Saúde (ABS) como um conjunto de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, entre outros aspectos, “por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas”.

As práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, recomendadas ; a subjetividade proposta e o comprometimento com a integralidade irão exigir do trabalhador tanto qualificação (uma estruturação dos processos de graduação voltados para essa construção) quanto capacitação (para suprir uma deficiência gerada em uma formação tecnicista para o trabalho que não contempla todas as nuances, ora expostas) a fim de que o trabalhador de saúde inserido no contexto da ABS possa atuar em consonância com essas exigências de organização do modelo de atenção que se tenta implantar com a organização deste nível de complexidade.

Entre os fundamentos da PNAB (MS, 2006 - B) que vão convergir mais diretamente com a capacitação do trabalhador, estão:

(...) II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, **trabalho de forma interdisciplinar e em equipe**, e coordenação do cuidado na rede de serviços;(...)

**IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;**

Quanto à responsabilidade de cada esfera de governo em relação aos processos de capacitação, a PNAB (MS, 2006-B) estabelece que: compete aos municípios e ao Distrito Federal (DF), “estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família” ; em relação à direção estadual do SUS, sua competência relativa à capacitação é

articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIB<sup>19</sup>s (s.p)

Em relação ao nível federal de governo, o texto da PNAB (MS, 2006-B) denota com clareza a importância da ESF para a reordenação do modelo de atenção à saúde no tocante a capacitação do trabalhador de saúde inserido nesse nível de atenção, quando estabelece suas competências que são:

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família; (...) [e]

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente. (s.p)

---

<sup>19</sup> CIB s – Comissões Intergestoras Bipartite, instâncias de articulação entre os municípios e os estados.

A Educação Permanente se embasa no ‘ensino problematizador’ e na ‘aprendizagem significativa’, onde não há superioridade entre o que aprende e o que ensina e a aprendizagem se dá na busca de repostas que vão construindo o conhecimento no trajeto de sua produção, que se dá no contexto do trabalho. Quando a PNAB de 2006 foi publicada, o contexto de Educação Permanente estava dado pela primeira Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) dada pela Portaria MS/GM n. 198/2004; onde se compreendia a educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores. Para Ceccim e Ferla (2009) a primeira PNEPS afirmava:

1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais regionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘cooperação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade.(s.p.)

O que reporta ao preparo exigido do trabalhador para o nível de atenção básica em saúde quando a PNAB (MS, 2006-B) entre seus fundamentos, determina a valorização do trabalho em equipe, e quando menciona a valorização do trabalhador por meio de estímulos e acompanhamento à sua capacitação.

A PNAB (MS, 2006 –B) estabelece em seu conteúdo as características do processo de trabalho na atenção básica e além destes, as características específicas do trabalho da Saúde da Família <sup>20</sup>que, obviamente, irão implicar com a capacitação dos trabalhadores para esse nível de atenção.

Como características do processo de trabalho na Atenção Básica se destacam, entre outras :

(...)II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;  
 III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;  
 IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;  
 V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;  
 VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

<sup>20</sup> O município poderá optar entre organizar a atenção básica com ou sem a Estratégia de Saúde da Família o que irá determinar características diferenciadas para o processo de organização da atenção básica, que não envolve as equipes de saúde da família e o processo , com as equipes de saúde da família

(...)

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.(MS, 2006 –B (s.p.)

Ou seja, além das questões técnicas de cada atividade, o trabalho na atenção básica se propõe dentro de uma dinâmica que, geralmente, não é construída nos processos de qualificação do trabalhador, quase sempre proposto em uma perspectiva tecnicista, de cunho individual e curativo.

Diante das características do trabalho na Atenção Básica, o Processo de educação permanente proposto para essa forma de organização, será financiado com os recursos das três esferas de governo, sua realização é de responsabilidade conjunta das secretarias municipais e estaduais de saúde e deve priorizar as áreas estratégicas da atenção básica, que envolvem a promoção de saúde, a eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, o controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, a saúde da criança, da mulher, do idoso e a saúde bucal.

Um dos questionamentos, que foi despertado nesta pesquisa foi sobre até que ponto a orientação da educação permanente pelas áreas estratégicas determinadas pelo Ministério da Saúde, não seria contraditória ao próprio processo da educação permanente onde respostas são construídas a partir das peculiaridades do processo de trabalho, com a interação de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho e os resultados dessa interação em cada território.

Dentre as características do processo de trabalho na Saúde da família, a presente pesquisa destaca : a utilização de critérios de risco e a priorização e a solução dos problemas de saúde mais frequentes, o cuidado familiar ampliado que envolve o conhecimento e a intervenção na inserção social do usuário; o “trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações” a “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva (...)”, a “promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações” (MS, 2006 –B); e o monitoramento de todo o processo que visa readequar o trabalho às mudanças e peculiaridades na saúde. Para capacitação e educação permanente do trabalhador, diante de tantas exigências e peculiaridades do processo de trabalho na Saúde da Família foi proposto na PNAB (2006 –B), o processo de capacitação e educação permanente. O processo de capacitação dos trabalhadores das equipes de saúde da família será feito pelo curso introdutório que demanda a participação de toda a equipe. O chamado curso introdutório deve se iniciar concomitantemente ao início do trabalho das equipes de saúde da

família, ou em até três meses do início do trabalho das equipes. A responsabilidade pela sua realização é das Secretarias Municipais de Saúde para os municípios que tenham mais de 100 mil habitantes e de Responsabilidade conjunta das secretarias estaduais e municipais de saúde em municípios cuja população seja inferior a esse número. Os conteúdos mínimos e a duração do curso introdutório foram regulamentados pelo Ministério da Saúde, na Portaria GM/MS 2527/2006 .

A portaria em questão, define conteúdos mínimos que serão utilizados pelas esferas de governo e que pela diretriz constitucional da descentralização do SUS podem ser adaptados a realidade regional e local; estando organizados em quatro tópicos assim expressos em seu texto:

1. A Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação:

- a) políticas de seguridade social e saúde como direito;
- b) evolução das políticas públicas de saúde no Brasil;
- c) sistemas de Saúde e Atenção Primária em Saúde;
- d) princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; e
- e) Marcos Legais: Normas Operativas, Pacto de Gestão, Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

2. A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base em territorial:

- a) organização de sistemas locais de saúde;
- b) caracterização dos serviços componentes e redes de apoio;
- c) recursos disponíveis e fluxos estabelecidos;
- d) análise da Situação de Saúde; e
- e) Marcos da Programação e da Avaliação: Sistema de informações em Atenção Básica; e Ações Programáticas Estratégicas; e Vigilância em Saúde.

3. O processo de trabalho das equipes:

- a) território: mapeamento e dinâmicas da organização social;
- b) cadastramento e visita domiciliar;
- c) acolhimento e Humanização;
- d) ciclo vital individual e familiar;
- e) atribuições e responsabilidades dos atores envolvidos no processo de trabalho;
- f) Marcos Operativos: coleta e análise de dados; ações educativas, preventivas e assistenciais; e
- g) instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias.

4. Atuação interdisciplinar e participação popular:

- a) ferramentas para atuação interdisciplinar;
- b) participação popular e controle social;
- c) promoção da saúde;
- d) ações intersetoriais e áreas transversais; e
- e) gestão por resultados dos serviços, equipes e profissionais. (s.p.)

O curso introdutório tem, em seus objetivos, a perspectiva de informar e sensibilizar os trabalhadores expandindo-lhes a visão em relação ao modelo assistencial, tentando a modificação do processo de trabalho e a melhoria das condições de vida da população; onde as práticas deveriam ser modificadas a partir de uma construção coletiva das equipes. Essa construção coletiva seria mediada pelos cursos introdutórios através de uma metodologia problematizadora, embasada nos conteúdos mínimos que substituem o tradicional processo de transmissão do conhecimento.

Ainda que compreendendo a questão da metodologia da problematização e que as regulamentações do Ministério da Saúde têm caráter geral, e em sua maior parte são construídas a partir de diretrizes estabelecidas em negociações que envolvem as três esferas de governo, podendo estados e municípios adequá-las as suas distintas lógicas e especificidades; diante da relevância das construções pretendidas pelos conteúdos mínimos apontados, acrescida das peculiaridades regionais e locais; quarenta horas de curso introdutório parecem ser insuficientes para contemplar as divergências entre a orientação do trabalho pretendida pelo conceito atenção à saúde e foco na integralidade; e da formação do trabalhador, geralmente orientada em perspectiva flexneriana, onde o mecanicismo e a fragmentação do processo de trabalho estão fortemente presentes apesar das diretrizes propostas pela PNEP para a formação do trabalhador.

Em 2007, foi reformulada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.996. A PNEPS é destinada à formação e ao desenvolvimento do trabalhador de saúde e segundo o MS (2007),

(...)é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

Há que se fazer uma crítica em relação à capacitação e ao que proposto pela educação permanente e pelas políticas de educação permanente que interferem com a organização da atenção básica. A capacitação se constitui intencionalmente e tem como objetivo fortalecer habilidades reforçar conhecimentos tentando suprir falhas operacionais que em geral são provocadas e perpetuadas por deficiência em nível estrutural, no momento de formação do profissional, seja em nível profissional ou superior. Embora a capacitação vise o

desenvolvimento de competências relativas a autogestão e à liderança, geralmente ela termina por reforçar as práticas de trabalho já existentes.

Capacitar parece ter sido a proposta da primeira Política Nacional de Atenção Básica (MS 2006 –B), que adota textualmente esse termo quando se refere a capacitação promovida pelo curso introdutório que acontece para as equipes de saúde da família. Teoricamente, os cursos introdutórios visam instrumentar o profissional para que este aja dentro de uma lógica de produção de saúde cheia de especificidades, como é a estratégia de saúde da família, visando a solução dos problemas mais frequentes de saúde.

E aí se dá um conflito pois a estratégia de saúde da família se propõe a fazer uma reestruturação do nível de atenção básica e conseqüentemente do reordenamento modelo de atenção à saúde onde o acesso a todos os níveis de complexidade de uma rede regionalizada e hierarquizada se daria pela organização da ABS que tem como estratégia prioritária a saúde da família.

Ao olhar pelo ângulo da educação permanente, aquela que se propõe ao ensino problematizador e à aprendizagem significativa construída no cotidiano dos sujeitos e das relações de trabalho e suas interações, seria a educação permanente o veículo das mudanças que seriam necessárias para que a atenção básica como um todo atingisse a sua finalidade. Destarte, capacitar o profissional, não necessariamente promoverá a perspectiva crítica deste, em relação ao trabalho que seria fundamental para a reestruturação da rede de atenção à saúde; tendo em vista que aquele que não “estranha” o seu contexto de produção, dificilmente vai propor ou aceitar mudanças significativas para a reorientação do modelo.

A primeira Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004 se mostrava mais alinhada com a essência da educação permanente em saúde (aquela que considera o ‘ensino problematizador’ e a ‘aprendizagem significativa’, que é capaz de levar o trabalhador a um estranhamento de seu contexto de trabalho e, a partir daí produzir mudanças significativas nos processos de trabalho e nos sujeitos aí envolvidos), do que a PNEPS proposta em 2007 que estaria segundo seu próprio texto mais alinhada, à diretriz para a Educação em Saúde proposta pelo Pacto de Gestão.

A exposição acima leva a uma reflexão parece haver uma desarticulação ou mesmo um anacronismo em relação a alguns instrumentos que são construídos em épocas distintas, em contextos distintos e que em determinado momento são justapostos, não conseguindo uma integração razoável.

Entender educação permanente quase como sinônimo de capacitação pode não ser suficiente para promover a reestruturação do processo de trabalho na atenção básica, fazendo com que seu cumpra sua finalidade que é reestruturar o modelo de atenção à saúde.

Capacitar o trabalhador da atenção básica não tem efetivamente contribuído com a organização desse nível de atenção que acaba por reproduzir a base tecnicista e flexeneriana da formação do trabalhador apesar de investimentos feitos e da modernidade das tecnologias utilizadas, como no caso do PROESF e do Telessaúde, estratégias de materialização do conteúdo relativo a capacitação dos trabalhadores proposto pela PNAB e PNEPS foram criados o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF) e o Telessaúde.

### 2.3.1 O PROESF

O Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família - PROESF, vem sendo implantado pelo MS, através de ações 27 estados e 187 municípios; conta com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD<sup>21</sup>, contemplando investimentos para a qualificação/capacitação dos recursos humanos, estruturação dos serviços e a organização de sistemas de avaliação e informação; visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes através do incentivo para melhoria do desempenho dos serviços de saúde no país a partir da qualidade dos processos de trabalho. Dentre os seus objetivos se encontram

a ampliação, para as populações dos grandes municípios brasileiros, do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família ; a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família , através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação.(MS, 2012)

O desenvolvimento do PROESF foi planejado em três fases a serem desenvolvidas de 2002 a 2009, o empréstimo feito ao BIRD em cada fase, deveria ser negociado mediante cumprimento de metas e indicadores que se constituem então em condição de acesso para

---

<sup>21</sup> Os recursos disponíveis foram 50% financiados pelo BIRD e 50% como contrapartida do governo federal.

investimentos em fases subsequentes. Houve , no entanto uma prorrogação na 1ª fase que dilatou o prazo previsto, inicialmente. A segunda fase só teve início em 2008 e teve sua duração estimada em três anos.

Seu período de implantação foi, previsto para o período de 2002 a 2009. No entanto, sua 1ª fase sofreu prorrogação e seu término se deu em 2007, acarretando mudança no tempo previsto. Seu segundo momento teve início no 2º semestre de 2008, com duração de três anos.

Em relação à Educação Permanente em Saúde, os recursos do PROESF poderão ser utilizados pelos estados e municípios para a realização do Curso Introdutório, bem como para a capacitação de profissionais da atenção básica, caso nos municípios existam menos profissionais dos que os exigidos pelos indicadores.

### 2.3.2 Telessaúde

Instituído no Ministério da Saúde pela Portaria GM nº 35/2007 , coordenado pela SGTES e pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação, o Programa Nacional de Telessaúde se iniciou pelo projeto piloto que, através de tecnologias de informação e comunicação.

O objetivo Telessaúde era qualificar 2.700 equipes de Saúde da Família, e promovendo uma melhora na resolubilidade<sup>22</sup> no nível de Atenção Básica do SUS. Houve ainda outra ação, onde foi Comissão Permanente através da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, visando desenvolvimento de trabalhos realizados de forma cooperada com diversos órgãos governamentais e privados para facilitar a telemedicina e a telessaúde no País. Através da ampliação da capacitação das equipes de Saúde da Família, o programa visava a o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento da ABS possibilitando ações como:

Ampliação da capacidade de ação das Equipes de Saúde da Família; Redução de custos e riscos com o deslocamento de pacientes; Incentivo à fixação de profissionais da Saúde nos municípios de difícil acesso; Inserção no Programa de Inclusão Digital. (MS, 2012)

O Telessaúde trouxe, em suas metas, a criação de núcleos de Telessaúde em todo o País, priorizando a região Nordeste e a Amazônia legal, atendendo ao Pacto pela Redução da

---

<sup>22</sup> A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde.

Mortalidade Infantil; teve início a partir de um Projeto Piloto que envolveu nove Núcleos de Telessaúde, situados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

No que se refere à problematização valorizada como metodologia pela PNEPS, o Telessaúde possibilita através das tecnologias de informação e comunicação, a existência de do que o MS chama de “Segunda Opinião Formativa” (MS, 2012) caracterizada por uma abordagem mista entre a educação e a assistência, favorecendo a capacitação dos profissionais de acordo com as situações/problema do cotidiano das práticas.

Em 2010, através da Portaria GM/MS nº 402, com base nas avaliações do projeto piloto implantado em 2007, o MS

“Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências” (MS, 2010)

Como afirma o documento em seu artigo 2º, o programa se estruturará a partir de uma rede composta por parceria de instituições e será denominada Rede Telessaúde Brasil, prevendo a implantação de “Núcleos Universitários de Telessaúde, dos Pontos de Telessaúde e dos Pontos Avançados de Telessaúde” (MS, 2010)

Sua composição, de acordo com o artigo 3º da referida portaria e de seus incisos será:

- I - Coordenação Nacional do Programa Telessaúde Brasil e da Rede Telessaúde Brasil, exercida pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS);
- II - Núcleo Universitário de Telessaúde, constituído preferencialmente em universidade pública, vinculado aos cursos de graduação da área da saúde:
  - a) cada universidade, integrada pelos respectivos cursos da área de saúde, constituirá um único Núcleo e cada Estado poderá propor a constituição de mais de um Núcleo, conforme o número de Pontos de Telessaúde a serem implementados, de forma que a demanda por Segunda Opinião Formativa e outras formas de educação permanente possam ser atendidas de acordo com a norma vigente;
  - b) constitui-se exceção ao disposto na alínea anterior as universidades instaladas em mais de um campus, localizados em Municípios distintos;
- III - Ponto de Telessaúde, implementado em Unidade de Saúde da Família; e
- IV - Ponto Avançado de Telessaúde, implementado em Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (SUS) ou em serviço de saúde onde se realizem atividades de formação e educação permanente em saúde. (s.p)

Diante da estrutura proposta por esse documento, o MS (2010) destaca conceitos da Educação Permanente em Saúde, quando se refere a metodologia da problematização preconizada pela PNEPS para a capacitação do trabalhador, definindo:

"Segunda Opinião Formativa" a resposta estruturada e sistematizada às perguntas formuladas pelas Equipes de Saúde da Família, a partir dos Pontos de Telessaúde e dos Pontos Avançados do Telessaúde, sobre temas relacionados ao diagnóstico, planejamento e execução de ações, individuais e coletivas, sobre processo de trabalho ou vinculados a casos clínicos atendidos nas Unidades de Saúde da Família. (s.p)

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face ao objetivo proposto por esta pesquisa que era analisar as Políticas do Ministério da Saúde para a capacitação do trabalhador para a ABS e a restrição do tempo regulamentar para a conclusão deste trabalho, que se viu atravessado por questões alheias da vontade da mestrandia e de seu orientador, as considerações finais se limitam a apontamentos que consideram as propostas de capacitação dos trabalhadores presentes na Política Nacional de Atenção Básica expressa na Portaria GM/MS nº 648 de 2006 e as relações com as portarias que propuseram as Políticas de Educação Permanente em Saúde em 2004 e 2007.

Em uma breve comparação, além das questões estruturais propostas, especialmente a descentralização dos recursos e a substituição dos Polos de Educação pelas CIES, percebe-se que a primeira PNEPS contemplava uma maior horizontalidade, estava mais voltada para as questões de gestão do trabalho e da educação e trazia em seu bojo uma dimensão emancipatória, à medida que o trabalhador era central na avaliação do processo de trabalho e na condução de metodologias para a sua qualificação e participava, junto com outros atores, da construção dos conteúdos dos projetos de capacitação. A segunda PNEPS, em 2007, se orienta numa perspectiva mais vertical, que sugere a organização da formação dos recursos humanos, mais baseada em processos de gestão, sugerindo uma subordinação da capacitação aos interesses operacionais da ABS. Onde o trabalhador tem pouca ou quase nenhuma atuação na decisão dos conteúdos, cujas propostas contemplam necessidades que, na prática são identificadas pelos níveis de gestão que propõem projetos que recebem incentivos por parte da União que, assim, direciona quais os conteúdos a serem contemplados, reforçando a dimensão tecnicista da capacitação.

Tendo em vista que a ABS se propõe a ser um nível de atenção fundamental para a reorganização do modelo de saúde em uma perspectiva de integralidade e o SUS identificar o trabalhador como eixo estratégico para a estruturação do modelo de atenção; e ainda, que a formação do trabalhador deve se relacionar a este intento, a proposta da PNEPS 2004 parecia mais compatível com a formação técnica e política do trabalhador exigida para atuação deste em um nível estratégico. Na PNEPS de 2004, onde as propostas para qualificação do trabalhador emergiam da perspectiva problematização, de discussão de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde e de formação na busca de soluções compatíveis com as demandas de saúde atreladas a territórios e realidades específicas, construindo propostas adequadas a essas realidades.

O financiamento, que acontecia na época da PNEPS de 2004, se dava com base nos projetos isolados aprovados pelo MS, em grande parte, destinados à capacitação que, embora fossem construídos com a participação dos trabalhadores, em muitos casos se faziam de forma desconectada da realidade regional sofrendo descontinuidades na sua execução.

Em relação à primeira PNEPS, a crítica que se faz aqui, é que embora os aspectos formais dessem conta dessa necessidade de adequação da formação às necessidades locais e ocorresse com a participação dos atores interessados ainda havia nos conteúdos mínimos dos cursos introdutórios, determinados pelo MS na PNAB, Portaria GM/MS nº 648 /2006, sobre a capacitação dos trabalhadores, um privilégio de sugestão de cargas horárias maiores para determinadas áreas mais tecnicistas que para as questões que auxiliariam na construção calcada em discussões e vivências territoriais.

A segunda PNEPS foi criada em 2007 na perspectiva de atender as diretrizes apontadas no Pacto de Gestão, já no segundo mandato do governo Lula da Silva, onde houve uma reestruturação na SEGTES; e sua construção foi calcada em dificuldades identificadas pela gestão do SUS, em uma perspectiva de centralidade nas necessidades da gestão, mais do que nos processos de problematização propostos pelos conceitos de Educação Permanente.

Em que pese os recursos financeiros, a PNEPS (MS,2007), que será alcançada pela segunda etapa do PROESF(que pretendia consolidar a saúde da família nos municípios de grande porte ,ou acima de 100.000 habitantes) que influenciaria na distribuição equitativa de recursos financeiros para os estados e ao DF se baseando em critérios que envolvem a adesão às políticas de alteração do modelo tecno-assistencial, que envolve o desenvolvimento dos trabalhadores, com peso de 30% na distribuição; a relação entre o número de profissionais e a população do estado; quanto mais profissionais mais recursos e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) que envolve questões relativas a educação, saúde e renda no município. Quanto menor for o IDH-M mais investimento em formação profissional.

Esses incentivos financeiros que em grande parte são compostos pelos recursos do BIRD sugerem que a PNEP 2007 tenham se orientado numa perspectiva mais vertical, calcada em processos burocráticos orientados por resultados que pudessem ser mensuráveis.

Em uma breve comparação, além das questões estruturais propostas, especialmente a descentralização dos recursos e a substituição dos Polos de Educação pelas CIES, percebe-se que a PNEPS contemplava uma maior horizontalidade, estava mais voltada para as questões de gestão do trabalho e da educação e trazia em seu bojo uma dimensão emancipatória, à medida que o trabalhador era central na avaliação do processo de trabalho e na condução de metodologias para a sua qualificação. A segunda política, se orienta numa perspectiva mais

vertical, que sugere a organização da formação dos recursos humanos mais baseada em processos de gestão, sugerindo uma subordinação da capacitação aos interesses operacionais da ABS.

No que se refere à questão da reorganização da assistência, a PNEPS de 2007 aborda a atenção integral à saúde através da cadeia de cuidado progressivo à saúde, e a noção de rede como propostas alternativas à verticalização, no entanto parece perpetuar o mecanicismo a partir dos processos de capacitação para o trabalho na ABS que são propostos pelos níveis centrais de gestão. A capacitação aparece uma mera ferramenta que se funda na técnica em detrimento da construção de processos críticos que irão levar ao desenvolvimento efetivo, com as mudanças requeridas pelo trabalho a partir do trabalhador de saúde envolvido em um nível crítico para a organização do modelo de atenção integral à saúde, como é o caso da ABS.

Conclui-se a partir da pesquisa, que embora haja um sistema de forças envolvido na estruturação dos processos de qualificação do trabalhador, esta ainda atende aos interesses do mercado para quem é fundamental o consumo de tecnologias; e para quem a saúde, em uma perspectiva de integralidade, não parece ser interessante. Essa influência do mercado, entretanto, não é algo explícito. É sutilmente diluída na cultura dos processos formativos, na criação do consenso para a valorização do tecnicismo, diluído por exemplo, na proposta do telessaúde que visa um aumento na resolubilidade das ações e serviços e se estrutura com base em “perguntas e respostas” mediadas por tecnologias de comunicação. O telessaúde parece engessar a construção crítica de respostas para os problemas dentro de uma realidade específica e sugere a perpetuação da valorização do modelo queixa-conduta, prejudicando , a integralidade em vez de promovê-la.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Nacional, 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9)

\_\_\_\_\_. Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

\_\_\_\_\_. Lei Federal 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Disponível em: <  
www.planalto.gov.br/ccivil\_03/LEIS/19394.htm+%22Lei+9394/96%22&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br > Acesso em: 15/10/2009

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 3 de novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019 de 26 de novembro de 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009 480 p. Disponível em <  
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\_3edicao\_completo.pdf > Consulta realizada em 15 de junho

CECCIM , R. B ; FERLA Alcindo A.. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p) Disponível em  
http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edu.html consulta realizada em 04/05/2012

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06/05/2012.  
http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004.

FAUSTO, Márcia; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia; CORBO, Anamaria. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

GIOVANELLA, Lígia, MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária em Saúde. In Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. Cebes. 2009

GUIMARÃES, Nadia A. Qualificação como relação social In PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p) Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html consulta realizada em 04/05/2012

MACHADO, Maria H. In GIOVANELLA Lúgia (org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2008 1112 p.

MATTA, Gustavo C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Gustavo Correa Matta; Ana Lúcia de Moura Pontes. (Org.). Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, v. 3, p. 61-80.

\_\_\_\_\_. A Construção da Integralidade nas Estratégias de Atenção Básica em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). Estudos de Politecnicia e Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006, p. 167-182.

MATTOS R. A.; BATISTA, T. W.. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas) 2011. Disponível em < <http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=443> > Consulta em: 03/05/2012

MATTOS, Ruben. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional:algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde.Contradições e |desafios em 20 anos de SUS.Organizado por Gustavo Correa Matta e Julio César França Lima. Rio de Janeiro. Ed.Fiocruz. EPSJV, 2008. 410 p.

MEHRY, Emerson E. e FRANCO Túlio B. In PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p) Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html> consulta realizada em 04/05/2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil .Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

\_\_\_\_\_.Portaria nº 399/GM de 22 de fev de 2006 - A

\_\_\_\_\_.Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 – B

\_\_\_\_\_.Portaria nº 2527/GM de 19 de outubro de 2006-C.

\_\_\_\_\_.Portaria nº 1996 GM de 20 de agosto de 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Telessaúde Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34171&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34171&janela=1) consulta realizada em 03/12/2012.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A.; PEREIRA, I. B. F. in PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p) Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html> consulta realizada em 04/05/2012

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde, 6 ed. Rio de Janeiro. Medsi. 2003

PEDUZZI, Marina; SCHRAYER, Lília B. In PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p) Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html> consulta realizada em 04/05/2012

PINHEIRO, Roseni In PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p)

SCLYAR, Moacir. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007

SILVA Jr., Aluísio.G; ALVES, Carla A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n.16, 2006: 20-45 (apud Tatiana Wargas de F. Baptista disponível em < RETSUS 39 . Outubro 2010 Disponível em <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/39/RETSUS39\\_capa.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/39/RETSUS39_capa.pdf) > consulta em setembro 2012

VALLE. Lílian A. do . Educação in PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro EPSJV 2009 (478p) Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edu.html> consulta realizada em 04/05/2012  
VIEIRA, Monica. Trabalho, Qualificação e a Construção Social de Identidades Profissionais nas Organizações Públicas de Saúde In *Revista Trabalho, educação e saúde*, v. 5 n. 2, p. 243-260, 2007. Disponível em < <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r169.pdf>> Consulta em 01/07/2012

\_\_\_\_\_. O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos” In: VIEIRA, Monica. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. Disponível em: </beb/textocompleto/mfn15891.pdf>