



Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

PATRICIA POL COSTA

**DOS PROJETOS À POLÍTICA PÚBLICA: RECONSTRUINDO A
HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Rio de Janeiro

2006

PATRICIA POL COSTA

**DOS PROJETOS À POLÍTICA PÚBLICA: RECONSTRUINDO A
HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora

Profa. Dra. Sílvia Gerschman

Co-Orientadora

Profa. Dra. Tânia Celeste Matos Nunes

Rio de Janeiro

2006

- *“Mãe, o que eu posso fazer para te ajudar?”*

Dedico esse trabalho à minha doce, leal e valente companheira - à Maria, minha filha.

AGRADECIMENTOS

- A todos os Deuses.
- Aos meus pais, Edson e Rose, que suaram a camisa para me dar educação. Agradecimentos especiais à minha mãe, que me cercou de estrutura física e afetiva, tornando esse trabalho possível.
- À Tânia Celeste, educadora cheia de afeto.
- A Luiz Carlos Fadel, pela confiança.
- A Aduino Tavares, incondicionalmente ao meu lado em todas as jornadas.
- A Silvia Gerschman, que reforçou em mim o valor da dialética para a Educação.
- Às pessoas que colaboraram de forma carinhosa: meu irmão Marcello, Leila Matos, Zé Nunes, Luiz Eduardo Michels, Odete Torres, Fernando Ramalho, Liliana Santos, Andréa Ventura, Rosimeira Andrade, Jorde Francisco e Tatiana Leite.
- A todos os meus queridos companheiros de trabalho do Ministério da Saúde, que me embalsamaram o riso e, por muitas vezes, enxugaram minhas lágrimas.
- Aos coordenadores do DEGES, que me liberaram e me apoiaram para a execução desta pesquisa.
- Aos meus professores da ENSP, com especial carinho aos meus professores da especialização, José Inácio Motta e Marina Ferreira de Noronha - inesquecíveis.
- Ao professor Carlos Machado, pela especial compreensão.
- Ao Eduardo, da Secretaria Acadêmica da ENSP, sempre atencioso.

*“Gente olha pro céu
Gente quer saber
Gente é um lugar de se perguntar
Gente é muito bom*

*Gente quer comer
Gente quer ser feliz
Gente quer respirar ar pelo nariz
Não, meu nêgo, não traia nunca
essa força, não
Essa força que mora em seu
coração*

*Gente, espelho da vida
Doce mistério”*

Gente – Caetano Veloso

RESUMO

O presente estudo procura recuperar os principais elementos constitutivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implantada no Sistema de Saúde brasileiro em 2003, buscando identificar pontos de interseção e identidade na trajetória de projetos e políticas relacionadas à formação dos trabalhadores do setor.

Trata-se de um estudo exploratório de natureza histórica, com ênfase nos projetos de formação de pessoal de nível médio para o sistema de saúde. Foram valorizadas nesse resgate ações e estratégias que utilizaram o trabalho como eixo educativo e que tiveram a problematização como base de estruturação de suas práticas pedagógicas.

No desenvolvimento da investigação foram buscadas referências importantes da integração ensino-serviço, os elementos de valorização do trabalhador e do trabalho em saúde e a relação entre a formação e a melhoria da qualidade da atenção e dos serviços de saúde.

Os resultados demonstram que a substituição da cultura de treinamentos emergenciais por uma cultura de formação permanente, com afirmação do trabalho como eixo estruturante das ações educativas, a descentralização do ensino e a utilização de pedagogias problematizadoras se afirmam como princípios transformadores e são incorporados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chaves: educação, trabalho e saúde, educação permanente, integração ensino-serviço e problematização.

ABSTRACT

The present study intends to recover the main constituent elements of the national politics of permanent education implanted in the Brazilian health system in 2003, trying to identify points of intersection and identity in the trajectory of projects and politics related to the education of workers from the sector.

It is about an exploratory study of historical nature, emphasizing projects to prepare people from the fundamental education to the health system. It has been valued in this rescue, actions and strategies which used the work as an educative axle and that had the act of problematizing as a base to structure their pedagogical practices. It has been searched in the development of the investigation important references of the education-service integration, the elements which valorize the worker and the work in health system and the relation between education and the improvement of the quality of the attention and the health services.

The results show the change from a training's culture to a culture of permanent education, with the work as structural axle of the educative actions, the decentralization and the use of problematizing affirmed as transforming principles and incorporated by the National Politics of Permanent Education in Health.

keywords: education, work and health, permanent education, education service integration and problematizing.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
APRESENTAÇÃO	11
I INTRODUÇÃO.....	13
II METODOLOGIA	22
III MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	26
CAPÍTULO 1 - A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NO SUS.....	39
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	39
1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	50
CAPÍTULO 2 - PROGRAMAS E PROJETOS DE FORMAÇÃO PARA O SISTEMA DE SAÚDE.....	65
2.1 O PROGRAMA DE PREPARAÇÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAL DE SAÚDE - PPREPS.....	65
2.2 O PROJETO LARGA ESCALA.....	72
2.3. O PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM - PROFABE	78
CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	84
CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS	103

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AR - Agências Regionais

CADRHU - Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos

CEFORH - Centro de Formação de Recursos Humanos

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNRH - Conferência Nacional de Recursos Humanos

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EAD - Educação à Distância

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EPS - Educação Permanente em Saúde

ETSUS - Escolas Técnicas do SUS

GERUS - Gerência em Unidades de Saúde

GM - Gabinete do Ministro

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NOB/RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PEC-SC - Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva

PEPS - Pólos de Educação Permanente em Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PLE - Projeto Larga Escala

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas

PSF - Programa de Saúde da Família

RETSUS - Rede de Escolas Técnicas do SUS

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

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico em Higiene Dental

APRESENTAÇÃO

Graduada em odontologia em 1991, e desenvolvendo atividade técnica no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), órgão da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, apresento o percurso que me levou a esta dissertação. Durante minha formação profissional tive pouco contato com a Saúde Coletiva, mas suficiente para tomar conhecimento das difíceis condições de vida e saúde do país e, em especial, do quadro epidemiológico em saúde bucal que coloca o Brasil entre os países com as piores condições do mundo. Esta constatação representou para mim um paradoxo, considerando-se o número de profissionais de odontologia formados no Brasil em relação à população usuária.

Comprometida em participar na reversão desse quadro, após a graduação busquei qualificações mais associadas a um perfil preventivista da odontologia, recorrendo ao trabalho voluntário em algumas experiências nas quais, de forma empírica, costumava visitar escolas e comunidades onde realizava atividades de educação na saúde. Achava que minha consciência política e minha orientação técnica eram suficientes para realizar uma atuação mais abrangente em relação à população que necessitava de cuidados. À medida que essas experiências avançavam, aumentava minha percepção de que a resposta às minhas expectativas e angústias não estava restrita a ações pontuais.

Cheguei à ENSP em 2002 na busca de uma orientação mais sólida e abrangente no Curso de Especialização em Saúde Pública. Nesta Escola, reconstruí e ampliei meus conceitos em saúde e suas inter-relações entre Estado e sociedade. Aprofundei-me nos estudos epidemiológicos e nos conceitos das Ciências Sociais relacionadas à saúde. Redefini meu papel e passei a sonhar com soluções.

A partir deste ponto, busquei analisar as práticas e modelos da atenção a saúde e suas relações com a formação profissional, o que me levou a outros questionamentos. A tecnologia e o tecnicismo orientam o processo de formação, as práticas e as políticas de saúde e reafirmam o modelo hegemônico da atenção, perpetuando o atual paradigma seletivo, excludente e inadequado às demandas sociais crescentes. Múltiplos programas de formação foram desenvolvidos para este enfrentamento os quais promoveram, sem dúvida,

transformações importantes, mas, desarticulados e isolados, não se mostraram suficientes na consolidação de um sistema de saúde equânime, integral e universal. Tal realidade me levou à seguinte reflexão: quais seriam os elementos de construção de um novo modelo de atenção a saúde, tendo em vista a tradição da formação e da prática profissional em saúde?

Este questionamento me impulsionou ao Mestrado interferindo em minha trajetória profissional, o que me levou a buscar outros espaços de atuação – espaço encontrado no DEGES, onde cheguei em 2004, em plena implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Identificada com a proposta, tive a oportunidade de acompanhar a construção dos Pólos de Educação Permanente em Saúde em várias regiões do país e observar as diversas orientações conceituais e políticas acerca da Educação Permanente em Saúde.

Motivada pela busca de compreender as origens dessa concepção, decidi nesta pesquisa investigar nas construções históricas das políticas de formação em saúde, elementos que dessem pistas ao significado político-pedagógico da atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Considero que este estudo ganha relevância ao trazer elementos históricos pouco sistematizados para a compreensão do caminho percorrido na construção da política de educação na saúde. O fato de estar inserida na implementação da PNEPS possibilitou-me olhar a teoria por dentro da prática. Assim, durante a revisão bibliográfica escolhi caminhos pouco explorados da trajetória histórica desses projetos. Embora outras possibilidades existam, creio que o caminho escolhido, além de fornecer elementos teóricos que subsidiem meu próprio processo de trabalho, pode, ainda, contribuir para o desenvolvimento de ações capazes de fomentar as transformações necessárias à formação profissional em saúde.

I INTRODUÇÃO

A gestão da educação na saúde, compreendida por intermédio da formação e do desenvolvimento de trabalhadores em saúde, constitui-se em questão fundamental para a qualidade da atenção em saúde prestada à população e em estratégia de qualificação da gestão dos serviços e sistemas de saúde.

A educação para o trabalho em saúde é uma diretriz qualificadora da gestão de equipes e de serviços, em qualquer espaço onde o trabalho em saúde se realize. A consciência da importância dessa ação orientou a realização de planos e programas nos sistemas de saúde das Américas e do Brasil (Nunes, 2004).

Para traduzir essa diretriz considerada qualificadora, os profissionais de saúde adotaram por muitos anos o formato dos Programas de Educação Continuada¹, que se mostraram insuficientes para atender às demandas crescentes colocadas pelo avanço da implementação do Sistema Único de Saúde (ANEXO I). Ribeiro e Motta (1996) fazem crítica à Educação Continuada considerando que nos cursos

vinculados a esses Programas,

“os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser”, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido” (p.4).

O aprofundamento dessa crítica abriu espaço nos sistemas de saúde latino-americanos para a incorporação da idéia de Educação Permanente², considerada mais pertinente nos

¹ Os processos de formação baseados na concepção de *Educação Continuada* destinam-se a públicos *uniprofissionais*; inserem-se de forma *autônoma* no processo de trabalho; possuem enfoque em temas de *especialidades*; objetivam a *atualização técnico-científica*; são *esporádicos*; utilizam-se de *pedagogias de transmissão de conhecimentos* (geralmente através de aulas, conferências, palestras; que ocorrem em locais diferentes dos ambientes de trabalho); apresentam como resultado a *apropriação passiva do saber científico* e o *aperfeiçoamento das práticas individuais* (Brasil, 2004b).

² Os processos de formação baseados na concepção de *Educação Permanente* destinam-se a públicos *multiprofissionais*; inserem-se de forma *institucionalizada* no processo de trabalho; possuem enfoque nos

processos de formação orgânicos à reorganização dos serviços, e que permitam a reflexão sobre o cotidiano das práticas de saúde (Haddad *et al*, 1994).

Há que se considerar que, ainda na década de 1980, a formação de recursos humanos em saúde coletiva nos países desenvolvidos foi influenciada doutrinariamente por uma diversidade de projetos. Tais projetos ensejaram novas questões e iniciativas de processos de formação organizados no interior do sistema de saúde brasileiro ao longo do século XX (Paim, 1986).

No início da década de 1990, no entanto, Paim e Nunes (1992) procederam a crítica àquelas estratégias, quando consideraram que

“Tais projetos assumiram o caráter de movimentos ideológicos em que as questões não eram colocadas no plano da ciência através do qual fosse possível delinear um campo teórico de investigação e propiciar um aprimoramento conceitual, para a apreensão das práticas de saúde. Na ausência deste trabalho teórico, confrontavam-se posições ou visões de mundo distintas, ainda que tivessem a idéia subjacente de operar mudanças de mentalidade dos “recursos humanos” que, teleologicamente, mudariam as práticas de saúde (agentes de mudança)” (p. 262).

Essa revisão também se deu no contexto de aprofundamento das idéias de Educação Permanente representado pelo ciclo de difusão sobre o tema, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), junto aos países latino-americanos, materializado pela organização de eventos e de publicações, que passaram a circular no interior dos sistemas nacionais, organizando o pensamento sobre Educação Permanente como alternativa de projetos de permanente atualização das práticas, dos sistemas e dos profissionais de saúde, no âmbito da educação em serviço (Haddad *et al*, 1994).

Algumas experiências se desenvolveram no Brasil incorporando essa visão, destacando-se o Programa Nacional de Cursos Descentralizados e o Programa de Saúde da

problemas de saúde; objetivam a transformação das práticas técnicas e sociais; são contínuos; utilizam-se de pedagogias centradas na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuadas nos mesmo ambientes de trabalho; apresentam como resultado a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe (Brasil, 2004b).

Família - Pólo da Universidade de João Pessoa (PB), ensaiando práticas e organizando o pensamento recém-incorporado (Wanzeler e Motta, 2002). Também nesse período, o tema passou a ser debatido na Rede Unida³ constituindo-se, desde então, em um dos eixos preferenciais de sua agenda.

Ainda que o debate sobre o tema tenha freqüentado alguns espaços do sistema de saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS), até 2004, se constituía apenas em projetos isolados nos programas de governo em andamento no interior do SUS. Com a mudança de governo em 2002, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que elaborou e apresentou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a proposta da *Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde* - com o objetivo de “*definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, capaz de tratar de Educação e Trabalho, promover mudanças nas Práticas de Formação e nas Práticas de Saúde, promover articulação entre Ensino, Gestão e Controle Social e criar Pólos de Educação Permanente em Saúde*” (Brasil, 2004b, p.39).

Aprovada pelo CNS, a proposta foi posteriormente apresentada e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em setembro de 2003. A Resolução do CNS Nº 335, de novembro de 2003, reafirma a aprovação da proposta, resultando na Portaria Ministerial 198 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) “*como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor*” (Brasil, 2004). O texto da Portaria remete-se ao Artigo 200 da Constituição do Brasil, que determina que compete ao SUS a ordenação e a formação de recursos humanos para a saúde, assim como o seu desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988).

A partir da instituição da PNEPS como estruturante da formação para os serviços, o Ministério da Saúde passou a desenvolver ações difusoras das bases que dão suporte à política, tendo os Pólos de Educação Permanente (PEPS) como *locus* privilegiado de

³ A Rede UNIDA conecta pessoas que executam e/ou articulam projetos e temas que têm como objetivo comum o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Caracteriza-se pela diversidade de projetos e de experimentos na área da saúde que buscam uma mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor. Como forma de articulação multicêntrica de situações heterogêneas, a Rede Unida tem múltiplos nós que constituem lugares de articulação (Rede Unida,2006).

organização das práticas a nível locorregional (Brasil, 2004b).

De implantação ainda recente, a PNEPS no sistema de saúde brasileiro se propõe a agregar organicamente ações de ensino, serviço, gestão e controle social em torno da noção de educação e trabalho em saúde, tendo os PEPS como instâncias articuladoras dessas ações. Em seus primeiros passos, esta Política tem sido tomada como preciosa estratégia de transformação do processo de trabalho em saúde, com vistas à melhoria da qualidade do serviço, favorecendo a integralidade e a equidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde, ou seja:

“A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação 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 e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturadas a partir da problematização da atuação da gestão setorial em saúde” (Brasil, 2004: 9).

Propõe-se, portanto, tomar a reflexão sobre o que está acontecendo nos serviços de saúde e sobre o quê as equipes consideram que precisa ser transformado, devendo a sua própria dinâmica identificar temas de debates e de correção de rumos na organização de serviços e na capacitação de trabalhadores dos serviços. A Educação Permanente situa-se como uma proposta de transformação no pensamento da educação na saúde, na qual o processo de trabalho deve ser ressignificado como centro privilegiado da aprendizagem. Nesse pensamento, a EPS busca não transformar todos os problemas em problemas educacionais, solucionáveis com capacitações e treinamentos, ao contrário, ela os compreende como os insumos que deverão ser tomados como referência para a reorganização dos serviços, a partir da sua reflexão (Cyrino e Torrales, 2004; Ribeiro e Motta, 1996).

A revisão preliminar de literatura aponta para um conjunto de ações no campo da formação de recursos humanos que foram se delineando no interior do setor de saúde, mesmo no período anterior à constituição do SUS, criando um cenário favorável à consolidação de

um ideário de valorização da EPS, como estuário da própria construção do sistema.

Experiências e inovações importantes em educação na saúde ofereceram contribuições e proposições significativas ligadas à necessidade de promoção de mudanças na formação profissional, buscando aproximá-la das necessidades reais da população, tendo o trabalho como eixo estruturante e centro privilegiado para a educação. Entre elas destacam-se o Projeto Larga Escala⁴, o Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos⁵ (CADRHU), o Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde⁶ (GERUS), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem⁷ (PROFAE), e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas⁸ (PROMED) pelas suas propostas metodológicas amparadas nessas noções, e pelos formatos que foram adquirindo de expansão nacional e gestão descentralizada.

No âmbito da formação do pessoal de nível médio e elementar, destacaram-se dois grandes projetos: o Larga Escala, de 1981; e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem - PROFAE, de 2000. Tais Projetos propuseram privilegiar metodologias ativas de aprendizagem, consideradas metodologias problematizadoras, que na visão de Haddad *et al* (1994)

“(...) requiere entonces de la compilación de una serie de elementos informativos esenciales que, una vez sistematizados, permiten la construcción de una base explicativa de los fenomenos y manifestaciones de la misma, de los factores causales, de las circunstancias que lo agravan (factores de riesgo), y de los elementos que proveen insumos para formular alternativas de respuesta” (p.2).

⁴ Trata-se de um plano nacional de formação de nível médio, lançado em 1981, com o objetivo de qualificar os trabalhadores que atuavam na saúde sem qualquer formação específica (Nunes, 2002; Santos e Souza, 1989).

⁵ Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos, de 1987, teve caráter nacional, sendo de execução regional ou estadual, destinado a grupos de dirigentes de recursos humanos de órgãos federais, estaduais e municipais, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos processos institucionais de recursos humanos (Souza et al, 1991: 42).

⁶ Caracteriza-se como uma intervenção no campo do desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, centrada na formação/qualificação técnica e administrativa de gerentes de UBS com o objetivo de aumentar a capacidade gerencial na perspectiva de mudanças das práticas sanitárias e do modelo de atenção em saúde, destinado aos profissionais de nível superior, iniciado em 1990 (Bertussi e Almeida, 2003:110).

⁷ No ano 2000 foi criado o PROFAE dando prosseguimento a uma ação de qualificação que vinha sendo oferecida pelo sistema de saúde ou pelas Escolas Técnicas de Saúde através do Projeto Larga Escala.

⁸ *Promed: Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas*, criado em 2002 pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) em acordo com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), visou apoiar iniciativas destinadas à reorganização curricular em cursos de Medicina legalmente reconhecidos, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2002).

A proposta da EPS foi disseminada nos sistemas de saúde das Américas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir de 1984, com o acompanhamento de uma série de experiências educativas em saúde que vinham ocorrendo em distintos países da região (Haddad *et al*, 1994), sendo mencionado pelos coordenadores à época, que

“dicho esfuerzo se daba en el marco de una crisis social, política e económica que para ese entonces ya estaba en pleno desarrollo en la Región, y que condicionaba el surgimiento de una visión diferente del proceso de desarrollo de recursos humanos” (p. xviii).

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS cria, então, um Grupo de Trabalho que catalisou essas experiências, cujo objetivo era o de promover a modificação das práticas educativas como forma de viabilizar a transformação das práticas de saúde nos serviços. Tal proposta, apresentada a um Grupo Regional de Consulta, em Querétaro, México, em 1988, teve sua validade reconhecida como mecanismo para

“hacer de la educación de los trabajadores de salud un proceso permanente, que se remite al trabajo como eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación, que privilegia la participación colectiva y multidisciplinaria, y que favorece la construcción dinámica de nuevo conocimiento através de la investigación, el manejo analítico de la información y el intercambio de saberes y experiencias” (Haddad *et al*, 1994: xviii).

Esta proposta valoriza o papel da equipe multidisciplinar de saúde e o caráter essencialmente social da ação educativa realizada concretamente nos processos de trabalho coletivo, sem retirar a importância da competência técnica específica – a educação continuada (Furter, 1995).

Na revisão de literatura alguns documentos relacionados à educação na saúde tratam da educação continuada e permanente como alternativas para a formação dos profissionais da saúde. Ainda que ambos apontem para a temporalidade, a expressão “permanente”, no contexto de formulação da proposta de EPS como prática a ser institucionalizada pelo SUS se refere à educação como um “processo inacabado”, o que para Furter (1995) pode ser

considerada como uma estratégia que: “*mostra uma realidade que não é estática, senão em constante transformação*” (p.7). De acordo com esse autor, alguns marcos conceituais são importantes para a compreensão do conceito da educação permanente. São eles: a noção do trabalho como eixo do processo educativo; ampliação da consciência curativa, biologicista e individual para uma visão integral do trabalho em serviço; construção dinâmica do conhecimento e a prática em saúde como espaço para a auto-crítica e estímulo à iniciativa na tomada de decisões.

As políticas econômicas de ajuste adotadas a partir da década de 1990, em toda a América Latina, configuraram um cenário de deterioração econômica que repercutiu seriamente na vida social e política dos países, com reflexo no plano individual. Para o setor saúde esse cenário traduziu-se principalmente na diminuição de aportes financeiros e no endividamento das instituições, tornando urgente a formulação e implementação de políticas coerentes com a necessidade de reorganização dos serviços.

A busca de estratégias no enfrentamento dos problemas que emergiram com a crise instalada, desencadeou o surgimento de uma visão peculiar do processo de desenvolvimento de recursos humanos para o setor, permitindo a incorporação de idéias de EPS que já vinham sendo difundidas desde a Reunião de Querétaro (1988) na contramão das políticas de ajuste que se implantaram em toda a região.

“En consecuencia, para caracterizar el contexto y configurar probables escenarios en los que se dará un eventual proceso educativo, es necesario incorporar insumos (no solamente tipo informativo sino mas bien interpretativo) sobre los asuntos mencionados; su consolidación contribuye a sustentar la formulación de políticas, a orientar y direccionar a la gestión educativa; su coherencia con la problemática nacional y con las políticas de otros sectores es factor asociado en la construcción de la validez de las estrategias diseñadas para enfrentar el problema que se intenta superar” (Haddad et al, 1994:8).

Simultaneamente no Brasil, avançava o processo de institucionalização do SUS, após

a promulgação da Lei 8080⁹ - Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Em pleno curso estavam também as políticas neoliberais orientadas pela Reforma do Estado com sérias repercussões na organização e funcionamento do serviço público, inclusive com medidas de caráter privatizante. O SUS vai acompanhar esta tendência, acusando o debate entre um modelo estrutural e interesses corporativos e econômicos, principalmente do setor privado, observando-se, desde a sua concepção, arenas diversas de conflitos que se mantêm no percurso histórico de sua consolidação (Gerschman, 2005).

Dessa forma, as políticas de ajuste que vinham sendo implementadas afetaram os princípios do Sistema, ainda que permanecessem e se constituíssem processos educativos típicos que podem ser caracterizados na contramão dessa tendência. Entre eles vale mencionar o Projeto Larga Escala, e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem - PROFAE. A estrutura de suas propostas, com base na revisão preliminar de literatura, encontra pontos de similaridades com pressupostos da atual Política Nacional de Educação Permanente.

Esse trabalho não pretende avaliar estes programas de formação profissional quanto ao alcance dos objetivos que pretendiam ser atingidos. Baseou-se, como eixo de análise, na compreensão das metodologias pedagógicas observadas especificamente no Projeto Larga Escala e no PROFAE que se identificam com os pressupostos pedagógicos da PNEPS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

Considerando a relevância do tema para o Sistema de Saúde brasileiro, pela Educação Permanente assumida como Política de Estado e pela expectativa de sua expansão nacional e consolidação, o presente estudo tem como objetivo geral: examinar os processos educativos incorporados pela Política Nacional de Educação Permanente em vigor no Sistema Único de Saúde, identificando elementos de interseção com projetos estratégicos de formação de nível

⁹ A Lei Orgânica da Saúde inclui a ordenação da formação dos trabalhadores do setor como um dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde. Determina a criação de *comissões* permanentes de *integração* entre os *serviços* de saúde e as instituições de *ensino* profissional e superior com a finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão exercer, em seu âmbito administrativo, participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, de forma politicamente articulada, em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal. Ainda de acordo com a Lei 8.080, os serviços que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (Brasil, 2001).

médio que se desenvolveram nas décadas anteriores.

Objetivos Específicos:

- Proceder à revisão dos Projetos Larga Escala e PROFAE, nos aspectos relativos às metodologias de ensino - aprendizagem e ao caráter descentralizado de sua implementação nacional;
- Identificar elementos de expansão dos projetos e das políticas de formação que adotaram o trabalho e a pedagogia da problematização como estruturadora de suas práticas.

II METODOLOGIA

A opção metodológica do presente estudo se realizou através de uma investigação qualitativa, de caráter exploratório, que buscou resgatar elementos de processos pedagógicos históricos fundamentais ao pensamento crítico que conforma a atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, notadamente no que se refere à *pedagogia da problematização* e ao *caráter nacional descentralizador* proposto para a sua implementação.

As pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo acerca de determinado fato. Envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (Gil, 1995:45). Minayo (1992) compreende que “*a fase exploratória da Pesquisa é tão importante que ela em si pode ser considerada uma pesquisa exploratória*” (p. 89). Dessa forma, tendo em vista a densidade da exploração de documentos e referenciais desse trabalho, podemos classificá-lo como uma pesquisa exploratória.

Para tanto, aspectos dos processos educativos implementados nos últimos 50 anos foram recuperados através de pesquisa documental e bibliográfica, que buscou compreender o estado da arte, a dinâmica e o conteúdo da formação e desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. A revisão documental baseou-se nos relatórios das doze Conferências Nacionais de Saúde (1941-2004); das duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (1986 e 1991); nos Documentos Oficiais do Ministério da Saúde e da Educação; e na legislação vigente (Portarias, Decretos, Leis, Constituição Federal).

O conteúdo foi analisado com ênfase nas referências à integração ensino-serviço, em elementos de valorização do trabalhador e do trabalho em saúde e na relação entre a formação e a qualidade da atenção e dos serviços. Tal revisão dos documentos permitiu percorrer parte da evolução de processos de formação de recursos humanos no setor saúde.

A exploração destes materiais constituiu-se em base de fundamentação desta pesquisa, apoiando as reflexões e análises necessárias para a identificação dos aspectos de interseção entre os pressupostos pedagógicos da Educação Permanente em seu percurso de construção histórica.

A metodologia escolhida para resgatar os aspectos históricos dos processos pedagógicos na formulação da Educação Permanente em Saúde baseia-se em Minayo (1992), que caracteriza o objeto das ciências sociais como histórico, o qual, segundo a autora, significa que determinada ação se relaciona com o tempo histórico, ou contexto histórico no qual está inserida. A autora relaciona ainda “*o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído*”, atribuindo ao objeto do estudo das ciências sociais a “consciência histórica” (Minayo, 1992: 20).

Minayo (1992) comenta ainda que a realidade se constitui no objeto dos estudos sociais, o qual se caracteriza pela complexidade, por não se mostrar acabado, e ao contrário, estar em permanente transformação. A mesma autora atribui ao objeto das ciências sociais os estudos qualitativos. Esta pesquisa busca o *resgate dos fatores históricos*, com foco na realidade político-pedagógica de projetos de formação em saúde, e as *principais teorias críticas* que conformam seus pressupostos na atual Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

Nesta compreensão é possível realizar o exercício de projetar o reflexo das políticas de educação em saúde instituídas no Brasil nas últimas décadas, em especial através do Projeto Larga Escala e do PROFAE, na conformação dos pressupostos pedagógicos desenvolvidos da atual Política de Educação Permanente em Saúde, relacionando as concepções que a originaram, contextual e historicamente.

A opção de análise dos Projetos Larga Escala e PROFAE justifica-se, quando da revisão da literatura realizada, observando-se que ambos os projetos apresentam: caráter nacional, diretriz descentralizadora, valorização do trabalho e do trabalhador, busca da inclusão social e da qualificação para o trabalho. Além disso, elegem o trabalho como eixo estruturante dos processos educativos, buscam uma visão integral da formação para transformação da atenção e dos modelos assistenciais e se constituem em experiências inovadoras no que se refere às metodologias pedagógicas ativas.

A seqüência das operações de aproximação e síntese dos Projetos – Larga Escala e PROFAE – forneceu elementos para a elaboração do pressuposto que orientou essa

investigação, qual seja: a Política de Educação Permanente em Saúde, recentemente aprovada pelo Ministério da Saúde, possui elementos de identidade com esses projetos e incorporou elementos na sua concepção, notadamente nos aspectos da pedagogia adotada pelos mesmos e do caráter descentralizador de sua proposta. Este pressuposto orientou a busca nos materiais em análise identificando questões integradoras nestes processos. A pedagogia da problematização identificada nos Projetos Político Pedagógicos, aponta o caráter inovador daqueles projetos, enquanto instrumento de transformação das práticas.

Posteriormente foi escolhida a categoria “processos pedagógicos” que orientaria o prosseguimento do estudo exploratório, sendo eleita a Pedagogia da Problematização como integradora. A tendência à expansão nacional foi, também, um elemento considerado importante para o desenvolvimento da investigação.

A necessidade de compreensão da pedagogia problematizadora ensejou uma revisão bibliográfica especializada não exaustiva no campo da educação para, a partir dela, recuperar os elementos que conformam a pedagogia da problematização, referida como opção metodológica adotada pelos projetos e pela política de EP, dando origem ao quadro teórico de referência que foi considerado na análise das experiências.

Na análise das experiências que deram origem aos resultados, procedeu-se a identificação dos seus elementos estruturadores e que integraram a pesquisa, assim considerados: (1) problematização, (2) pioneirismo/inação, (3) movimentos descentralizadores da integração ensino-serviço, (4) nós críticos, (5) infra estrutura institucional de apoio às propostas de formação e da política. A volta aos textos a partir desses elementos, permitiu uma sistematização capaz de identificar os nexos entre os Projetos e a Política.

A compreensão da pedagogia da problematização, eleita integradora dos Projetos e da Política, permitiu a análise destes a partir do olhar aos processos pedagógicos impressos nos projetos. Procedeu-se à análise dos dados a partir dos passos interpretativos propostos por Minayo (2004:234-237), quais sejam: (1) *ordenação dos dados*, envolvendo os documentos referentes ao tema, implicando na sistematização dos dados, releitura do material, organização dos dados, a finalização dessa etapa permitiu um mapa horizontal de referenciais; (2) *classificação dos dados* com leitura exaustiva dos textos, o que permite apreender idéias

centrais sobre o tema; (3) *análise*, a qual parte das informações recolhidas e revela respostas as inquietações que provocaram a investigação.

Assim sendo, compõem as etapas desta investigação: (1) revisão de literatura dos referenciais de educação e processos pedagógicos, com foco na problematização; (2) análise dos projetos sob foco das pedagogias utilizadas; (3) análise, inferência e interpretação dos resultados. O desenho esquemático da construção da dissertação encontra-se como o ANEXO 2.

III MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

A temática da Educação Permanente na Saúde está retratada em documentos oficiais e em produções de técnicos do setor saúde, alguns dos quais artífices da construção da proposta, no Brasil e na América Latina. No Brasil, a Educação Permanente ganhou protagonismo no interior do sistema de saúde nos últimos quinze anos, sendo incorporada enquanto política pública em 2003. Na atual proposta política, é a partir da observação dos problemas cotidianos, presentes na gestão, atenção ou na formação, que serão definidas as capacitações das equipes, os conteúdos das formações e as tecnologias a serem utilizadas. Problematizar, nesse sentido, significa “*refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e idéias, compreendendo os processos e propondo soluções*” (Brasil, 2005b:7).

A ação de problematizar se apóia num trinômio: problema–explicação–solução, indo além da simples formulação de perguntas ou questões. Problematizar também “*significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz de forma intrínseca e que o sustenta*” (Zanotto e De Rose, 2003: s/p).

A escolha do tema da educação permanente e de seus processos pedagógicos levou essa pesquisa à construção de um marco conceitual que buscou aprofundar a concepção pedagógica da problematização através do resgate de autores que com ela dialogam e com outras teorias da educação que a respaldam.

Os documentos que discutem a Política de Educação Permanente tomam como principal referência teórico-metodológica a pedagogia da problematização que tem em Paulo Freire um de seus principais formuladores. Os documentos de formulação dos projetos de formação do nível médio em saúde examinados – o Larga Escala e o PROFAE – também trazem a pedagogia da problematização como base teórico-metodológica, contrapondo-se ao modelo hegemônico da atenção, de cunho biologicista. Este, classificado por Freire como “concepção bancária” da educação, reflete-se em práticas pedagógicas que se baseiam na transmissão do conhecimento técnico-científico – a pedagogia da transmissão.

Freire contrapõe a concepção de educação problematizadora à educação bancária, onde “*o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão - a*

absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância segundo a qual esta se encontra sempre no outro” (Freire, 1987:58). “Nela o educador é que educa; os educandos os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem” (p. 59).

Na pedagogia da transmissão, a educação torna-se um ato de “depositar” o conhecimento nos educandos, assim como nos bancos. Nessa perspectiva, o educando é mero objeto da ação educativa, aquele que nada sabe, nada critica e nada reflete; apenas reproduz o conhecimento transmitido pelo educador, que é o sujeito da ação, aquele que tudo sabe. Esta lógica reproduz as relações de poder da sociedade capitalista entre “opressores” e “oprimidos”. Ao negar a dialogicidade da educação, as pedagogias da transmissão mantêm e sustentam a divisão técnica do trabalho em saúde, reflexo da luta de classes na sociedade capitalista, ao passo que a educação problematizadora funda-se, justamente, na relação dialógico-dialética entre educador e educando: ambos aprendem juntos.

“Nesse sentido, a educação libertadora, ou problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognescente. O antagonismo entre as duas concepções, uma, a “bancária”, que serve à dominação; outra, a problematizadora, que serve à libertação, toma corpo exatamente aí. Enquanto a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador-educandos, a segunda realiza a superação” (Freire, 1987: 68).

Tal pensamento foi muito difundido no Brasil e em outros países do mundo na segunda metade do século XX, a partir principalmente de sua produção intitulada “Pedagogia do Oprimido”, de 1974, pensamento que impregnou um campo de produção importante relacionado à área social, inclusive na saúde, onde alguns autores embasaram seus estudos e contribuições às políticas de saúde, tomando como referência suas reflexões e sua obra.

Entre os autores que integram a produção em educação permanente em saúde, que ainda é de difusão recente no Brasil e na América Latina, destaca-se o pensamento de Davini que problematiza a formação e a capacitação nos serviços de saúde. Davini (1989) contrapõe a pedagogia do adestramento com a pedagogia da problematização quando considera que a

primeira trata do ensino individualizado, de um modelo cujo objetivo é alcançar a eficiência, sendo muito utilizada nos treinamentos industriais. É um modelo aplicado na área da saúde, por exemplo, no ensino de tarefas práticas, nas demonstrações de distintas técnicas e procedimentos relativos à saúde (esterilização de materiais, desinfecção de ambientes) “*sin que se explique ni indague sobre el porqué de los mismos*” (p.12). Útil para o desenvolvimento de certas habilidades e técnicas específicas, a pedagogia do adestramento não proporciona uma visão global dos processos de trabalho, fragmentando-o em tarefas específicas, na formação tradicional de nível médio em saúde.

Em suas reflexões, a autora distingue três modelos pedagógicos: a pedagogia da transmissão, a pedagogia do adestramento e a pedagogia da problematização, ressaltando que cada uma das opções pedagógicas tem o propósito de responder a distintos objetivos e, em maior ou menor grau, ampliam a discussão sobre a relação existente entre educação e trabalho. Além disso, a pedagogia da problematização permite a geração de novos conhecimentos apropriados ao contexto, a integração do individual ao grupal, ao trabalho com o intelectual e o afetivo e ao desenvolvimento da consciência do grupo.

A pedagogia da transmissão, comumente utilizada na educação infantil tende a reproduzir-se nas instituições de saúde pela sensação de segurança que imprime, mas tem como resultado uma passividade dos educandos. “*La consecuencia es desconocer el saber de la experiencia del trabajador y por lo tanto, ignorar el propio servicio como fuente de conocimiento y de problemas*” (Davini, 1989:10). Para a autora, essa proposta pedagógica não é suficiente quando se tem por objetivo, justamente, a transformação do serviço e o aumento do compromisso social com a saúde, já que não fortalece a reflexão e uma atitude ativa dos trabalhadores na percepção e análise dos problemas envolvidos com suas práticas.

Ainda, a mesma autora referindo-se a processos de formação baseados na problematização, situa o educador como estimulador da aprendizagem, como um orientador, destacando que “*su punto de partida es la indagación sobre la práctica entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social y institucional*” (Davini 1989:14). A autora também considera os problemas da prática como ponto de partida, material que deve ser enfatizado nas práticas pedagógicas coletivas em dinâmica, assim expressa “*la teoría llega aquí, para iluminar los problemas de la práctica detectados por el grupo*” (p.14), objetivando a modificação das práticas e a formação de novas atitudes. Além disso, Davini

considera que a pedagogia da problematização permite a geração de novos conhecimentos apropriados ao contexto, à integração do indivíduo ao grupo, ao trabalho com o intelectual e o afetivo e ao desenvolvimento da consciência do grupo.

Merhy (2005) nos chama a atenção para a indivisibilidade entre educação e saúde e trabalho e saúde. Para o autor, as ações de educação tem no espaço do trabalho um enorme potencial já que “*coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde(...)*” (Merhy, 2005:173). Essa abordagem retiraria dos trabalhadores a condição de “recursos”, transformando-os em sujeitos capazes de problematizar a si mesmo e as suas práticas no mundo concreto do trabalho, implicação inseparável da educação permanente.

O trabalho também se expressa como processo educativo, levando-se em conta a diversidade de meios e instrumentos tecnológicos, assim como a diversidade de saberes que cada profissional detém. Assim, o conhecimento no trabalho pode estar materializado em máquinas e equipamentos, recursos teóricos ou técnicos, ou, por outro lado, disperso nas experiências de cada trabalhador e nas relações de trabalho (Paim, 1986).

Referindo-se ao processo de trabalho em saúde numa outra dimensão, Gonçalves (1994) destaca que o objeto, os meios e as formas como se organiza o trabalho e seu produto estabelecem uma relação de dependência mecânica entre a organização das práticas e a estrutura social, reflexão importante para considerá-lo como fonte de possibilidades para a construção de práticas educativas, consideradas como representações de práticas sociais. O autor destaca ainda que os instrumentos de trabalho exprimem não só soluções técnicas, mas, sobretudo, soluções técnicas adequadas a determinadas relações sociais, ressaltando que as ações em saúde se modificam pelo desenvolvimento científico e tecnológico dos meios e instrumentos de trabalho e pelas sucessivas recomposições da divisão social e técnica do trabalho.

Todo processo educativo tem uma determinada pedagogia que reflete a ideologia e os objetivos referidos em seu contexto. O alcance de uma pedagogia, em sua natureza política, pode ser capaz de operar dentro e fora da academia, em diferentes lugares e esferas, mediando conhecimentos e valores, legitimando determinadas práticas sociais e formas de poder. Para Bordenave (1999), as opções pedagógicas, quando exercidas predominantemente e por um

período prolongado, são capazes de influenciar o comportamento da conduta individual e social. O autor ressalta três opções: a pedagogia de transmissão, do condicionamento e da problematização e as associa a suas respectivas conseqüências individuais e sociais.

A pedagogia da transmissão é aquela que coloca as idéias e o conhecimento como os pontos mais importantes da educação. Ao aluno, considerado uma “página em branco”, cabe receber o que o professor e os livros lhe oferecem, sem privilegiar ou considerar habilidades intelectuais como a observação, análise, avaliação, extrapolação, compreensão, etc. No âmbito individual essa pedagogia traria as seguintes conseqüências: *“elevada absorção de informação; hábito de tomar notas e memorizar; passividade do aluno e falta de atitude crítica; profundo ‘respeito’ quanto às fontes de informação; distância entre teoria e prática; tendência ao racionalismo radical; preferência pela especulação teórica e falta de problematização da realidade”* (Bordenave, 1990:262). As conseqüências sociais seriam: *“adoção inadequada de informações e tecnologia de países desenvolvidos; inadaptação cultural; conformismo; individualismo e falta de participação e cooperação; falta de conhecimento da própria realidade e imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; submissão à dominação e ao colonialismo e manutenção da divisão de classes sociais”* (Bordenave, 1999:262-263).

A pedagogia do condicionamento em Bordenave, teoria associada ao behaviorismo e à reflexologia de Pavlov, é aquela que enfatiza os resultados comportamentais, ou seja, *“as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos, atitudes e destrezas”* (Bordenave, 1999:263). As conseqüências individuais dessa pedagogia seriam: *“aluno ativo, emitindo as respostas que o sistema permitir; alta eficiência da aprendizagem de dados e processos; o aluno não questiona os objetivos nem o método, nem participa em sua seleção; o aluno não problematiza a realidade nem lhe é pedida uma análise crítica da mesma; o aluno não tem a oportunidade de criticar as mensagens (conteúdos) do programa; o tipo e a oportunidade dos reforços são determinados pelo programador do sistema; tendência ao individualismo, salvo quando o programa estabelece oportunidades de co-participação; tendência á competitividade; renúncia á originalidade e criatividade individual: as respostas corretas são preestabelecidas”* (Bordenave, 1999: 264). No âmbito social, essas seriam as possíveis conseqüências: *“robotização da população com maior ênfase na produtividade e na eficiência que na criatividade e na originalidade; dependência de uma fonte externa para o estabelecimento de objetivos, métodos e reforços: desenvolvimento da necessidade de um*

líder; falta de desenvolvimento de consciência crítica e de cooperação; eliminação do conflito como ingrediente vital da aprendizagem social, suscetibilidade dos programas à manipulação ideológica ou tecnológica; ausência da dialética ‘professor-conteúdo’ salvo em sessões eventuais de reajustes; dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos e tendência ao conformismo” (Bordenave, 1999:263-264).

Já a pedagogia da problematização, ainda de acordo com Bordenave (1999), tem por base o pensamento que *“em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno (...) para detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas”* (p. 265). Não há separação entre a transformação individual e a social, devendo, por isso, estar envolvida em ações de grupos. Na problematização é possível identificar cinco etapas ou fases. O primeiro passo a ser dado é a observação da realidade através da perspectiva individual numa primeira leitura da realidade, ou uma primeira leitura ingênua da realidade. Após essa primeira leitura, se identificam os pontos-chave do problema e as variáveis que o determinam, assim como os princípios teóricos que o explicam. A terceira fase, de teorização, segundo Bordenave, é que dá o grande salto que difere a pedagogia da problematização da pedagogia da transmissão, já que ao teorizar sobre o problema, o aluno tem o poder de generalizar e extrapolar das operações ditas concretas para as mais abstratas e subjetivas. A quarta fase seria uma decorrência: o aluno se vê naturalmente movido a formular soluções, para numa quinta e última fase, praticar e fixar as soluções viáveis que o grupo encontrou, aperfeiçoando sua destreza e adquirindo *“(...) competência no manejo das técnicas associadas à solução dos problemas”* (Bordenave, 1999: 267).

As conseqüências individuais da pedagogia da problematização, seriam, segundo o autor: *“aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões; aluno motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço; aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade; desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação etc; intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo; superação de conflitos como ingrediente natural de aprendizagem grupal; status do professor não diferente do status do aluno”* (Bordenave, 1999: 265). Já as conseqüências sociais da pedagogia da problematização foram assim descritas por Bordenave: *“população conhecedora de sua própria realidade e reação à valorização excessiva do externo ou sua*

imitação; métodos e instituições originais, adequadas à própria realidade; cooperação na busca de soluções para problemas comuns; redução da necessidade de um líder; elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, graças ao maior estímulo; criação ou adaptação de tecnologia viável e culturalmente compatível e resistência à dominação por classes ou países” (Bordenave, 1999:265).

O debate sobre a educação na formação de trabalhadores é rico e diverso, mas requer ser compreendido pela feição filosófica que ele adquire quando adota uma metodologia como base de sua produção. Considerando a relevância da contribuição dos autores até aqui apresentados, no que se refere à pedagogia da problematização como alternativa à pedagogia da transmissão, adestramento e do condicionamento, vale a pena proceder a uma retrospectiva das teorias de educação que deram origem a diferentes expressões do fenômeno educativo, para, através dessa revisão, situar a pedagogia problematizadora, tão presente nas propostas pedagógicas que norteiam os programas de formação em saúde e mais recentemente, a política de EPS.

Para John Dewey, filósofo e educador americano, a educação é uma espécie de laboratório de idéias que põe à prova os valores a ela associados, devendo resultar em ações práticas. É também o processo pelo qual são desenvolvidas nos seres humanos disposições intelectuais, morais, emocionais, estéticas e físicas que o constituem como indivíduos e membros da sociedade. De acordo com este autor, mente, pensamento e consciência são produtos de um ativo processo que envolve intrinsecamente o mundo externo e o organismo *“para a solução de problemas encontrados pelos sujeitos no curso de suas condutas (...) fazendo com que o mundo seja conhecido e transformado”* (Moreira, 2002:16-17). A ação de problematizar em Dewey vê o aluno como um sujeito ativo, interessado e relacionado com o conteúdo educacional. Seu pensamento deverá ser estimulado a observar as informações e instrumentos para a obtenção de um resultado prático. Dewey também destaca a importância de que esse aluno tenha a oportunidade de viver suas idéias no mundo concreto, como forma de comprovar seus resultados.

Um dos autores brasileiros que sistematiza, com didatismo, essa revisão é Saviani, tomando como referencial a marginalidade, relacionando esse fenômeno à escolarização. Em seus estudos, Saviani classifica as teorias da educação em dois grandes grupos: aquelas que entendem a educação como um instrumento de equalização social – teorias não críticas – e,

portanto, sujeita à superação da marginalidade, e um segundo grupo que entende a educação como instrumento de discriminação social, logo, um fator de marginalização – teorias críticas ou críticas reprodutivistas.

No primeiro grupo estão caracterizadas as teorias não críticas pelo autor, onde a educação está focalizada como harmoniosa, tendendo à integração de seus membros, constituindo *“uma força homogeneizadora, que tem por função reforçar os laços sociais, promover a coesão e garantir a integração de todos os indivíduos no corpo social”* (Saviani, 1994:15).

O segundo grupo engloba as teorias críticas que concebem a sociedade permeada pela divisão entre grupos e classes antagônicas, tendo a força (coerção) como mediadora de suas relações. Na visão do autor a força se manifesta fundamentalmente nas condições de produção da vida material. As teorias críticas compreendem a educação relacionada aos determinantes sociais, sendo, portanto, intimamente ligada à estrutura sócio-econômica, que, por sua vez, condiciona a forma com que o fenômeno educativo se manifesta.

Entre as teorias não críticas estão a pedagogia tradicional, a pedagogia nova e a pedagogia tecnicista. A pedagogia tradicional se oferece como um *“instrumento para converter súditos em cidadãos, cujo papel é difundir a instrução e transmitir o conhecimento acumulado pela humanidade, através de uma sistematização lógica”* (Saviani, 1994: 18). Nesta teoria, a escola se organiza como uma agência centrada no professor, cabendo aos alunos assimilar os conhecimentos transmitidos.

A pedagogia nova está identificada com um movimento conotado como “escolanovismo”, que toma a escola tradicional como ponto de partida, e, nela, a marginalidade, estudada por Saviani, deixa de ser vista sob o ângulo da ignorância, passando o marginalizado a ser compreendido como “rejeitado”. Na escola, as mudanças mais significativas foram representadas pela organização do conhecimento em grandes áreas que agrupavam alunos segundo interesses decorrentes de sua atividade livre, em lugar de classes confiadas a professores que dominavam as grandes áreas do conhecimento, influenciando os alunos com seus textos, que dava a sua pauta de conduta refletida nas suas práticas. A escola nova retratava um professor orientador de aprendizagem, onde havia um estímulo à relação interpessoal entre o professor e pequenos grupos, cercados de materiais didáticos de qualidade

e boas bibliotecas.

Para Saviani (1994), esta Escola, que não alterou significativamente o panorama organizacional dos sistemas escolares, assumiria um ar alegre, movimentado, barulhento e multicolorido. Seus custos eram muito elevados e sua proposta permaneceu como experimental e circunscrita a pequenos grupos de elite. No Brasil, o legado da “escola nova” ganha interpretações feitas por autores brasileiros, a partir da década de 1970, principalmente no que diz respeito às idéias de Anísio Teixeira, importante divulgador da filosofia da educação de John Dewey no Brasil. Suas contribuições influenciaram muitos educadores que, como ele, acreditavam numa educação humanista associada à qualidade (Moreira, 2002).

Saviani (1994) destaca, no entanto, que o ideário da escola nova foi muito difundido entre educadores latino-americanos no século XX, considerando ainda que a sua assimilação provocou um rebaixamento no nível de ensino destinados às camadas populares, aprimorou o ensino destinado às elites e deslocou o eixo de preocupação do âmbito político (relativo à sociedade e seu conjunto), para o âmbito técnico-pedagógico (relativo ao interior da escola).

A inviabilização da escolanovista, principalmente pela sua incapacidade de expansão, abriu espaço para o surgimento da pedagogia tecnicista também analisada por Saviani (1994). No contexto de críticas ao escolanovismo foram feitas algumas tentativas para contornar uma escola nova e popular, cujos exemplos mais marcantes são Freinet e Paulo Freire. Radicalizavam-se as atenções aos métodos pedagógicos, elementos fortes na proposta anterior, sendo vencedora desse debate uma pedagogia centrada na eficiência instrumental, a pedagogia tecnicista que advoga a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional, buscando uma objetivação do trabalho pedagógico.

Na pedagogia tecnicista buscou-se planejar a educação, de modo a dotá-la de uma organização racional capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem pôr em risco sua eficiência. Associados a essa proposta pedagógica estão: o enfoque sistêmico, o micro-ensino, o tele-ensino, a instrução programada, as máquinas de ensinar, dentre outros processos pedagógicos, e, decorrentes de sua aplicação, nasce o parcelamento do trabalho pedagógico, com a especialização de funções, a padronização do sistema de ensino a partir de esquemas de planejamento previamente formulados, no interior dos quais se estruturam as disciplinas e práticas pedagógicas.

De acordo com o pensamento de Saviani, a base teórica de sustentação da teoria tecnicista é a psicologia behaviorista, a engenharia comportamental, a ergonomia, a informática, a cibernética, que têm em comum a inspiração pré-positivista e o método funcionalista.

Para compreender os processos de formação de trabalhadores em saúde e, no seu interior, a proposta de EPS, que é foco dessa investigação, vale a pena ressaltar que a pedagogia tecnicista se inspirou em um sistema que comporta múltiplas funções, as quais correspondem determinadas ocupações, procedimento que está presente na base de formulação que integra as disciplinas dos cursos de formação da área da saúde. Tal pensamento influencia há muitos anos toda a estruturação de programas de qualificação e requalificação para o setor, na oferta de *“treinamentos eficientes para a execução das múltiplas tarefas demandadas continuamente pelo sistema social”* (Saviani, 1994: 25).

Essa tendência passa a ser criticada em discussões problematizadoras do sistema de saúde que se desenrolaram durante os anos de 1980, influenciadas pelo contexto de oposição à ditadura militar em vigor no Brasil, favorecendo o surgimento de múltiplas propostas em sua oposição. O Projeto Larga Escala de formação de pessoal de nível médio para a saúde é um exemplo desse fenômeno, enquanto formulação.

Ainda que a oposição a essas propostas tenha procurado o leito de oposição ao regime militar para ensaiar projetos considerados inovadores à época, a hegemonia das propostas de formação para a área de saúde, de acordo com Saviani (1994) estava filiada ao pensamento que prosperou naquele regime inspirado na pedagogia tecnicista. Sua estruturação estava amparada pela Lei 5692-72¹⁰, que plantou as bases da formação especializada e do ensino organizado por disciplinas e que vigorou até a década de 1990, quando foi sancionada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) mudando as concepções de ensino em múltiplas dimensões. A influência da pedagogia tecnicista pode ser observada em modelos que desviam recursos da atividade-fim, para a atividade-meio, baixam instruções minuciosas de como os professores devem proceder com o controle das direções escolares, baseado em formulários, com vistas ao cumprimento das suas tarefas específicas, procedimentos que devem retratar

¹⁰ LEI 5692-72

uma escola e um processo de ensino que planeja e, portanto, é eficiente.

Um outro grupo de teorias analisado por Saviani (1994) engloba as crítico-reprodutivistas, que para o autor “*são teorias que postulam não ser possível compreender a educação senão a partir de seus condicionantes sociais*” (p. 27), o que revela uma percepção de dependência da educação aos condicionantes sociais.

Saviani também analisa as principais teorias desse grupo, a saber: teoria do sistema de ensino enquanto violência simbólica, teoria da escola enquanto aparelho ideológico de Estado e teoria da escola dualista. O autor analisa a teoria do sistema de ensino enquanto violência simbólica, a partir de Bourdieu e Passeron (1975), que discutem a ação pedagógica, a autoridade pedagógica e o trabalho pedagógico.

“Sobre a razão que lhe dá o título de violência simbólica, está um sistema de relação de forças materiais entre grupos ou classes, e sob sua determinação ergue-se um sistema de relações de força simbólica, cujo papel é reforçar, por dissimulação, as relações de força material” (Saviani, 1994:30).

A violência simbólica, nesta teoria, manifesta-se através de meio de comunicação de massa, jornais, pregação religiosa, atividade artística e literária, a propaganda, a moda, a educação familiar, dentre outras formas.

Para concluir esse quadro teórico utilizaremos o pensamento de Freire no que diz respeito à dialogicidade como essência da educação problematizadora. Para o autor, a dialogicidade da ação educativa não se inicia quando o educador e o educando se encontram em uma situação pedagógica, mas quando o educador se pergunta sobre o que vai dialogar com os educandos em torno do conteúdo programático da educação. O conteúdo programático não deverá ser uma doação ou uma imposição, um conjunto de informações depositadas nos educandos “*mas a devolução organizada, sistematizada*” e acrescentada dos elementos que os educandos expuseram, a partir de suas reflexões e aspirações e do que ele realmente identifica enquanto problema. O educador deve estar atento para não transmitir a sua própria visão do mundo, mas na dialética constituída entre o pensamento e a linguagem, entendendo que “*é na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos, educadores e educandos, que*

iremos buscar o conteúdo programático da educação” (Freire, 1987:84).

Freire também valorizou a investigação temática como um processo de busca, de conhecimento e, por isso, de criação, que exige de seus sujeitos que descubram a interpretação dos problemas no encadeamento dos temas significativos. Essa investigação inicial desencadeia o que Freire chama de “universo temático”, “temática significativa” ou “temas geradores” (Freire, 1987).

Na investigação temática o centro da investigação não deverá ser considerado como mero objeto redutível a um ato pedagógico mecânico. A investigação se fará mais pedagógica quanto mais crítica, o que exigirá dos sujeitos criatividade na (re)interpretação constante dos problemas identificados, alargando-se a realidade, sempre em renovação.

“A tarefa do educador dialógico é, trabalhando em equipe interdisciplinar este universo temático recolhido na investigação, devolvê-lo, como problema, não como dissertação, aos homens de quem recebeu” (Freire, 1987: 102).

Merece destaque um dos fundamentos principais da pedagogia freiriana, que sintetiza na humanização sua maior contribuição:

“A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (Freire, 1987: 67).

A contribuição do conjunto de autores que integram esse quadro teórico permite compreender a escolha efetuada pelos projetos de formação de nível médio – Larga Escala e PROFAE – e a política de EPS pela pedagogia problematizadora, dados os objetivos desses programas de favorecer a ação dialógica em torno de temas, reflexões e processos reorganizativos que emanam da dinâmica do processo de trabalho em saúde. Igualmente relevante é o papel do sujeito em tais propostas, que também mereceu destaque na revisão bibliográfica efetuada. Cabe ressaltar a importância das escolas de pensamento da educação e

suas opções pedagógicas, que produzem condutas individuais e sociais, as quais interferem nas ações de educação na saúde, em determinados contextos históricos.

CAPÍTULO 1 - A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NO SUS

1.1 Antecedentes Históricos

O Sistema Único de Saúde (SUS) é projeto, processo, política pública em constante desenvolvimento e aprimoramento. É, também, o cenário de conversão das práticas e dos serviços de saúde, impondo desafios permanentes na direção da reconstrução dessas práticas e da reorganização dos serviços.

Desde a institucionalização do SUS, a partir da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, quatro questões sobre a gestão têm sido frequentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, a participação social e os recursos humanos. De acordo com o Relatório do Conselho Nacional de Saúde que aprova os princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS “ (...) *de todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País é a de Recursos Humanos*” (Brasil, 2003: 15).

Tavares e Silva (2004) resgatam a trajetória do SUS, suas relações com as políticas de educação e trabalho em saúde e os principais desafios na consolidação destas relações. Os autores apontam que, após o processo de municipalização, houve uma considerável expansão das redes de serviços e ações de saúde, bem como uma efetiva ampliação da capacidade gestora do sistema, fator que possibilitou a expressão crescente de importantes e diversas experiências inovadoras nos campos da gestão e do cuidado à saúde.

Este capítulo pretende tratar da questão dos recursos humanos, compreendida neste estudo como formação e desenvolvimento dos trabalhadores que atuam no sistema de saúde. Constitui-se no foco da análise das Conferências Nacionais de Saúde e das conferências temáticas específicas, buscando compreender os processos históricos que convergem na 12ª CNS, quando esta questão se destaca como Política de Estado, desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

Nos movimentos que deram origem à Reforma Sanitária, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços foi um tema considerado importante, sendo inclusive

objeto de conferência específica, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em março de 1986 (Brasil, 1993a). De acordo com a 8ª CNS (Brasil, 1987), um Sistema Nacional de Saúde orientado pelos princípios anunciados da Reforma Sanitária passou a exigir uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde, demandando, além da definição explícita das políticas para o setor, a **integração ensino-serviço**, através de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, o que significou um repensar das propostas tradicionais de integração docente-assistencial.

A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (1986), convocada pela 8ª CNS, teve como tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” e constituiu-se num fórum privilegiado de debates da problemática específica dessa área. Sua importância pode ser reconhecida por ter conseguido agregar referenciais teóricos importantes à época, e que eram frutos de acumulações realizadas na etapa anterior à Conferência (Brasil, 1993b). Nesse contexto, a preocupação com a formação dos profissionais de saúde já se colocava no centro dos debates, expressando-se nos meios educacionais ligados à medicina social latino-americana e no pensamento reformista da saúde pública nas Américas.

A realização da 8ª CNS e a 1ª Conferência Nacional de Recursos (CNRH) são marcos para o setor, pelas características assumidas na sua organização, pelos seus resultados e clareza política de suas formulações no sentido da configuração de um novo sistema público. No entanto, o tema dos recursos humanos já vinha sendo considerado fundamental em ciclos anteriores da política de saúde, com destaque nas conferências anteriores, como um tema recorrente a ser considerado na conformação do sistema de saúde brasileiro. Recuperar essa trajetória é um passo importante para a compreensão da evolução das ações para o setor que permitam analisar possíveis contribuições para a construção da atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Para Ribeiro e Motta (1996), tanto a 1ª CNS, quanto a 2ª CNS, pouco apresentaram em relação à gestão do trabalho e da educação na saúde: “*Nas duas primeiras Conferências (1941 e 1950), a abordagem de recursos humanos limita-se a disposições mais gerais relativas à formação de nível superior, centrada na figura do profissional médico*”(p.1), não incluindo na discussão, por exemplo, os profissionais de nível médio, o que vem a acontecer na 3ª Conferência, realizada em 1963 (Ribeiro & Motta, 1996).

A primeira proposta de descentralização do setor saúde foi apresentada pela 3ª CNS, realizada em 1963. Seus debates se orientaram com o intuito de “revolucionar” as bases do sanitário tradicional; propôs a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária a fim de determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização. Seu cunho descentralizador refletiu-se nas orientações para a educação na saúde:

“ (...) em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente, o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado, o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidades do interior e o ensino deve ser essencialmente prático” (Brasil, 1993: 20).

A carência de mão-de-obra qualificada nesse período se constituía num sério problema. O desenvolvimento dos trabalhadores deveria obedecer a uma política adequada de preparo e aproveitamento, já que

“os atuais centros de preparação federais e estaduais são em número restrito, pouco aparelhados, e sem condições reais de expansão, visando a uma descentralização do ensino, de sorte a levá-lo onde as solicitações sejam mais imperativas, de forma menos dispendiosa, mas sem prejuízo de sua qualidade” (Brasil, 1993:20).

A 4ª CNS, realizada no período de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, denominada “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, foi convocada com a finalidade de oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de recursos humanos (Brasil 1993c). De acordo com seu relatório final, na educação e na saúde, como em qualquer outro campo, dever-se-ia buscar fórmulas de pôr em execução programas que satisfizessem às aspirações da sociedade, guardando as raízes culturais e as tradições do meio. Quanto aos aspectos e implicações que apresenta o ensino em saúde, defendeu o ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, vinculado, sobretudo, à prática diária.

“De muitos modos se desenvolvem os recursos humanos. O mais óbvio é

através da educação formal: primária, média (aí compreendida, a secundária) e a superior. Em segundo lugar, os recursos humanos são também desenvolvidos no emprego, por intermédio de programas de treinamento sistemáticos, nas instituições empregadoras; nos programas de educação para adultos e através da participação em vários grupos: políticos, sociais, religiosos e culturais” (Brasil, 1993:40).

A análise de Silva (2002) corrobora essa visão. Para a autora, a 4ª CNS ressalta que as capacitações devem estar voltadas para o trabalho, recomendando que *“estas não se limitem à execução mecânica das tarefas específicas, mas incluam também o mínimo de conhecimento básico, para que os trabalhadores possam desenvolver uma consciência do trabalho e das funções que lhes são atribuídas”* (p. 375).

Com base na observação dessas duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) já é possível encontrar referências importantes relacionadas aos pressupostos que conformam a atual PNEPS. A 3ª CNS (1963), que teve como tema central a municipalização, já refere a descentralização do ensino num conceito semelhante ao de “escola/função” incorporado aos processos de desenvolvimento de trabalhadores do nível médio iniciados a partir da década de 1970. A 4ª CNS (1967), por sua vez, deixa claro que a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde não deveria se limitar à execução mecânica das tarefas, mas desenvolver nos trabalhadores a consciência de seu trabalho. Nessa perspectiva, sugere a formulação de uma política permanente de recursos humanos e destaca o trabalho como eixo do processo educativo.

A década de 1970 é fértil em transformações para a organização do sistema de saúde, como a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, constituído como primeira proposta nacional de configuração de um sistema de saúde que tomasse como denominador o território nacional.

A 5ª CNS, ocorrida em 1975, traz pela primeira vez o termo “treinamento em serviço”, restrito ao ensino de nível médio, ao mesmo tempo em que destaca o surgimento de novos métodos pedagógicos:

“Já se deu início na área da saúde à experimentação de novas tecnologias

educacionais. Atualmente cinco universidades e uma escola isolada estão desenvolvendo na área básica uma experiência que visa à reorientação do processo ensino-aprendizagem com vistas à melhoria do ensino ministrado. Trata-se da metodologia do ensino integrado que além de evitar superposições de conteúdo, o dispõe em uma complexidade crescente, mostrando a unicidade da ciência na multiplicidade de suas abordagens” (Brasil, 1993:68).

Em 1977 realiza-se a 6ª CNS. Suas proposições chamam a atenção para o reposicionamento dos profissionais de Saúde Pública frente à necessidade de implementação do Sistema Nacional de Saúde. De acordo com e Ribeiro e Motta (1996):

“ (...) é durante a VI Conferência (1997), que a educação continuada aparece de forma explícita, referindo-se à necessidade de que a carreira de sanitarista (cuja implantação foi aí recomendada) teria de acoplar novos conhecimentos à sua formação inicial” (p.1).

A educação continuada está presente nas discussões da 6ª CNS, associada à implementação da carreira de sanitarista, prevendo:

“treinamento especial em serviço para o desempenho das variadas atividades desse nível, impondo-se em conseqüência programas múltiplos de treinamento, contendo todos, porém uma parte comum visando à formação e ao desenvolvimento de uma atitude em relação a Saúde Pública como um todo” (Brasil, 199:83).

A Declaração de Alma-Ata (1978) e sua proposta “Saúde para Todos no Ano 2000”, influenciaram o Brasil na valorização da Atenção Primária, definindo-a como estratégica para os serviços de saúde. É um momento importante para a formação profissional em saúde que deverá reorientar-se com o objetivo de ampliar a cobertura acordada com a proposta de Alma-Ata.

O ambiente de debate sobre a necessidade de expansão do sistema de saúde durante a década se reflete na multiplicidade de iniciativas que vão constituindo o embrião do sistema hierarquizado, como a criação do PIASS e PPREPS, que serão ilustrados mais à frente, com

foco na atenção primária como porta de entrada do sistema e o hospital complexo como topo da pirâmide. Essas propostas incorporaram os princípios da Conferência de Alma-Ata realizada na União Soviética em 1978 e formam a base da formulação da 7ª CNS.

“Neste sentido, pretende-se dar ênfase às ações que vão desde a promoção da saúde a cuidados assistenciais, primários, secundários e terciários. Para consecução deste objetivo, o médico não deverá mais realizar um trabalho isolado, mas liderar uma equipe multiprofissional em que as capacitações e responsabilidades serão diferentes, mas realizadas de forma integrada. Trata-se de realizar uma hierarquização das ações de saúde, que incluem, como já foi dito: a) cuidados elementares, que compreendem, entre outros, a educação para a saúde, transmitindo princípios de higiene, de nutrição, de imunização, de saneamento e executando ações correlatas; b) cuidados assistenciais primários” (Brasil, 1993:94).

A 7ª CNS ocorrida em 1980, no contexto de Alma-Ata, discutiu o papel da educação continuada dos recursos humanos e, pela primeira vez, na história das Conferências Nacionais de Saúde, defendeu a ampla e democrática participação da sociedade na construção do (novo) sistema de saúde que nasce à luz da Reforma Sanitária.

A 8ª CNS realiza-se num clima de muita efervescência política no Brasil, sendo antecedida de eventos que já marcavam a existência de um movimento que se amparava no lema “Saúde e Democracia” (Brasil, 1987). A 8ª CNS pautou suas recomendações principalmente na universalização, equidade, integralidade e democratização, voltadas à conformação de um sistema único de saúde. Reflete o momento de mudanças conceituais importantes no âmbito das políticas sociais e de saúde no Brasil, marcado pela reorientação política e institucional do Estado brasileiro depois de 20 anos de ditadura militar. Consolidou-se nesse período o movimento da Reforma Sanitária e, em seu âmbito, a reflexão sobre as iniquidades em saúde e a desigualdade social no país, estabelecendo uma agenda de propostas para a reversão do quadro social apresentado e, em especial, das condições de saúde (Brasil, 1987).

As proposições apresentadas na 8ª CNS e aprofundadas na 1ª CNRH repousaram em dois princípios básicos: o da responsabilização do Estado com a educação e gratuidade do ensino, em todos os níveis, e o da integração ensino-serviço como a única forma capaz de

promover a necessária interação entre teoria e prática, ou seja, de compatibilizar a formação às necessidades do novo serviço, compreendidos como necessidades de enfrentamento das demandas epidemiológico-sociais.

“Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Brasil, 1993:132).

A 1ª CNRH, convocada como desdobramento da 8ª CNS, teve como tema “Política de Recursos Humanos - Rumo à Reforma Sanitária”. Resgatou em seus debates a importância e a dignidade do trabalho como luta democrática por uma sociedade mais justa, trabalhando o seu tema em 5 grandes sub-temas: valorização do trabalhador; preparação de recursos humanos; órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; a organização dos trabalhadores de saúde e relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (Brasil, 1993b).

Destacou a fragmentação do saber em campos profissionais, defendendo a horizontalização e democratização do conhecimento e da informação em saúde, cujos reflexos se dariam nas práticas. Para tanto destacou a importância do trabalho em equipe, a multiprofissionalidade e a participação da comunidade como estratégias importantes na reorientação dos serviços.

“Atualmente, o saber da área da saúde está fragmentado em campos profissionais, fazendo com que cada profissional domine apenas uma parcela do conhecimento necessário à atenção à saúde. Além disso, desta divisão técnica, ocorre uma divisão social do trabalho manifesta pela repartição das tarefas em diferentes níveis de complexidade, o que determina uma hierarquização dos profissionais da área. Tal distribuição do conhecimento científico alija, em grau crescente, a população do saber sobre sua própria saúde” (Brasil, 1993:147).

A 1ª CNRH identificou os problemas na gestão da educação e formação dos profissionais de saúde no nível político local propondo maior participação das instâncias

estaduais na articulação de uma política de recursos humanos com características descentralizadoras e classificou as instituições de ensino como estruturas complexas, autoritárias e centralizadoras, cujos métodos, propostas e conhecimentos, são transmitidos aos estudantes em descompasso com a realidade e as necessidades sociais e de saúde da população - *“os profissionais formados pelo sistema educacional não vêm atendendo às reais necessidades do setor saúde, visto que sua formação é distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços”* (Brasil, 1993:149). Com relação à integração ensino-serviço observa-se:

“A estratégia de integração docente assistencial, também denominada integração ensino-serviço, pode se constituir num importante mecanismo de reorganização dos serviços, vindo a contribuir de forma efetiva para a implantação e consolidação do novo sistema de saúde, principalmente tendo em vista suas prioridades de aproximar o ensino da realidade social, transformando, por um lado, a forma de prestar saúde, e por outro, as práticas das instituições de ensino” (Brasil, 1993:170).

A educação continuada foi considerada estratégica, com a expectativa de garantir a reciclagem permanente dos trabalhadores como uma fonte de reorganização de suas práticas, devendo atender a necessidades específicas por área e categorias profissionais.

“Os conteúdos programáticos dessas qualificações deverão estar adequados às necessidades do serviço. O setor saúde deve participar de sua elaboração devendo contemplar a realidade político-social. Recomenda-se a metodologia que privilegie a integração ensino/serviço, permitindo o crescimento do “trabalhador/aluno” a fim de que entenda o processo em que está inserido. O processo deve ser descentralizado e voltado para as características e especificidades das unidades locais do setor” (Brasil, 1993c: 149).

A 9ª CNS, realizada em 1992, já com a base legal da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, coloca como indispensável a criação de uma política de recursos humanos capaz de *“garantir, no nível local de gerenciamento do SUS, uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, que possibilite uma atuação ética, de elevado nível técnico e não alienação do trabalhador de saúde,*

institucionalizando programas de repasse contínuo de informações, capacitação e atualização” (Brasil, 1993c: 212). A Conferência enfatiza a importância da problematização dos processos de trabalho:

“as práticas de controle do trabalho e do desempenho, destinadas a combater os efeitos deletérios da falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, não têm sido adotadas como rotina nos estabelecimentos de saúde, ou que é ainda mais grave, não estão disponíveis enquanto métodos de supervisão, coordenação ou comando do processo de trabalho, adequados às condições de operação em instituições de saúde” (Brasil, 1993: 211).

No ano de 1993 acontece a 2ª CNRH que estabelece a integração entre os setores de saúde e educação como essencial, *princípio nuclear*, para as políticas de recursos humanos. Apresenta entre suas propostas a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional com ênfase nas relações interpessoais e na formação de consciência crítica, ética e política.

“As ações de promoção e de educação para a saúde não são devidamente valorizadas no modelo de atenção e na prática dos profissionais, contribuindo para manter posturas deformadas dos trabalhadores do setor. Mesmo o modelo dominante de educação para a saúde continua compartimentalizado, sem a visão global do indivíduo e com a utilização de conceitos e métodos de trabalhos ultrapassados” (Brasil, 1993d:11).

Em 1995, o Ministério da Saúde definiu uma Política de Recursos Humanos para o SUS, estabelecendo ações indutoras aos processos de educação para o trabalho em saúde como uma das prioridades para sua agenda, e propõe duas alternativas: desenvolver conjuntamente com o Ministério da Educação experiências inovadoras de formação e fomentar os programas de educação continuada para os profissionais dos serviços, que permitam qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS (Brasil, 1995).

A Agenda de Prioridades para a ação de recursos humanos dirigida aos gestores do SUS, em 1995, estimula a formação do pessoal dos serviços *“inclusive como responsabilidade solidária pelos recursos humanos descentralizados, que permitam sua*

qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS” (Brasil, 1995:34).

O relatório da 10ª CNS (1996) sugere que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais deverão promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos trabalhadores em saúde, *“a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, atuando com profissionalismo e compromisso com a melhoria da qualidade das ações oferecidas à população usuária” (Brasil, 1996:66).*

As determinações da 10ª CNS desencadearam a elaboração da Norma Operacional Básica em Recursos Humanos (NOB/RH-SUS). A decisão de elaborar uma norma operacional básica para a área de recursos humanos deveu-se à demonstração de efetividade e unificação normativa dos procedimentos de gestão, no processo de descentralização da gestão do sistema, por meio dessa ferramenta (BRASIL, 2003). A NOB/RH-SUS, desde então, passou a se constituir num importante instrumento para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade de valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações do trabalho no setor saúde (Brasil, 2003).

A 11ª CNS (2000) propõe como agenda política-estratégica a organização sistemática de um debate nacional articulador entre gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos para a implementação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH-SUS, aperfeiçoá-la e adequá-la segundo as necessidades sociais em saúde e realidades institucionais de cada região, localidade e de acordo com o papel de cada esfera de governo (Brasil, 2005).

A 12ª CNS (2003) teve como tema *“Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”*. Dividida em 10 eixos temáticos, entre eles o Trabalho na Saúde, representa uma transformação quanto à visão dos trabalhadores da saúde: *“Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da saúde” (Brasil, 2004c:115).*

Nessa Conferência a questão “Recursos Humanos” passa a ser compreendida como “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” e como uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde com base nos princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS).

A última versão da NOB/RH-SUS de 2005, considera

“imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação” (Brasil, 2005:58).

Seguindo a trajetória marcada pela definição constitucional do SUS, e tomando como referência análises realizadas no campo da Saúde Pública, o Ministério da Saúde cria em 2003 a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Em publicação recente sobre o tema, Jaegger, Ceccim e Machado afirmam (2004):

“De fato, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil” (Jaegger et al, 2004: 87).

A Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde responde institucionalmente pela política ministerial do setor e é composta de dois departamentos - o Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES e o Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho na Saúde - DEGERTS. Os departamentos adotaram um conjunto de ações voltadas a implementar a política da gestão do trabalho e educação na saúde em suas respectivas áreas de atuação junto ao sistema (Brasil 2004b).

A Portaria Ministerial 198 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (PNEPS) “*como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor*” (Brasil, 2004), considerando o Artigo 200 da Constituição Federal do Brasil, que determina ao SUS a ordenação e a formação de recursos humanos para a saúde, assim como o seu desenvolvimento científico e tecnológico. Neste ponto se faz necessária a compreensão de pressupostos teóricos que fundamentam a educação permanente em saúde, que serão discutidos a seguir.

1.2 Educação Permanente em Saúde

A noção de Educação Permanente em Saúde nasce no Brasil como desdobramento dos movimentos de mudança na atenção à saúde, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços e sua adequação às reais necessidades de saúde da população. Foi fruto, também, da reflexão do processo de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde sendo considerada pelo Ministério da Saúde

“uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras” (Brasil, 2004b:8).

Tem sua principal motivação nos diversos problemas identificados sobre as práticas dos serviços de saúde, entre eles: a falta de uma visão integral do processo saúde-doença, falta de espaços participativos nos serviços, modelos rígidos de organização, baixa capacidade na gestão de programas e serviços, precarização dos vínculos trabalhistas e alta rotatividade dos profissionais (Furter, 1995). Para Pierre Furter, a solução desses e de outros problemas só poderá ser alcançada, a princípio, se os atores envolvidos tomarem consciência de sua existência.

Motta e Ribeiro reforçam essa visão na perspectiva da educação: “*Não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade*” (Ribeiro e Motta, 1996:5). Tal ação implicaria em estimular nesses atores/trabalhadores, transformações no seu modo de agir e pensar, de modo a envolvê-los

ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de horizontalização dos saberes e das decisões.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS pode ser considerada como estratégia fundamental para a recomposição das práticas e das políticas de formação, atenção, gestão, tendo o controle social no setor saúde como referência na sua composição. A tradução operacional tomada como referência norteadora dessa estratégia pelo Ministério da Saúde foi a configurada no que foi denominado por Ceccim e Feuerwerker (2004) de *Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde* (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde, compreendida pelo ensino - gestão setorial - práticas de atenção - controle social propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais operando em correspondência, em agenciamento de atos permanentemente reavaliados e contextualizados (Ceccim, Feuerwerker, 2004:13).

A proposta ministerial da EPS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores adotou a estratégia da descentralização, de modo ascendente e transdisciplinar, com a finalidade de propiciar

“a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas; éticas e humanísticas” (Brasil, 2004b:9).

Do ponto de vista pedagógico, a EPS considera o trabalho como seu eixo estruturante, já que é nesse espaço onde estão previstas as práticas, a serem realizadas por cada um e por todos os trabalhadores com uma participação ativa em seu próprio processo de aprendizagem.

A incorporação do trabalho como categoria estruturadora de mudança das práticas se propõe a situar o trabalho em saúde como foco de atenção da gestão e da estruturação dos serviços, sintonizadas com as transformações do mundo do trabalho, seja na adequação às novas relações de trabalho, seja na adaptação às exigências de um novo sistema de saúde para o país (Brasil, 2004b).

A idéia de educar permanentemente os profissionais de saúde não é nova para o campo da formação em saúde no Brasil. Ao longo dos últimos quarenta anos, a literatura existente revela múltiplas formas de expressão desse pensamento, com propostas conceituais diversas, havendo uma concentração importante de propostas de educação continuada como parte de outros projetos de formação em saúde, e um debate de autores que problematizam essa idéia e avançam na formulação do conceito de educação permanente em saúde. A recuperação desse debate, sumarizado a seguir, pode contribuir para a compreensão de como foram sendo construídas algumas bases de formulação da Política Nacional de Educação Permanente em vigor no sistema de saúde brasileiro.

A expansão do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir dos anos 1970, e a conseqüente necessidade de desenvolvimento de mão de obra para o setor, impulsionaram o surgimento de programas de formação com algumas expressões importantes desde o nível médio até a pós-graduação, no âmbito dos serviços de saúde. Os programas de educação continuada, considerados à época ferramentas fundamentais na atualização do conhecimento frente ao desafio da expansão da cobertura, dirigiram-se prioritariamente à atenção primária, e se constituíram em esforço pedagógico de superação dos problemas, sem, contudo, utilizar as matrizes conceituais da EPS, aqui refletida no pensamento de Pierre Furter: trabalho como eixo do processo educativo, considerada a EPS um projeto de ampliação da consciência curativa, biologicista e individual para uma visão integral do trabalho em serviço, que permite a construção dinâmica do conhecimento e a prática em saúde como espaço para a auto-crítica e estímulo à iniciativa na tomada de decisões, como referido anteriormente (Furter, 1995).

Donnângelo comenta que a posição que as políticas de saúde passaram a ocupar, no mesmo período, no contexto das práticas sanitárias brasileiras, expressou um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de seu tradicional espaço de intervenção sobre o corpo biológico e, correspondentemente, de seu campo de saber e práticas. O desenvolvimento do conjunto de práticas de saúde, não compartilham da homogeneidade e da

hegemonia do saber médico, da chamada medicina individual, que representa uma relativa cristalização de seu objeto de saber e prática. A multiplicidade de objetos e de áreas de saber, nesta perspectiva, as torna mais permeáveis a inflexões políticas e ideológicas, que não se subordinam ao estatuto da cientificidade próprio das ciências naturais, entrelaçando-se também às ciências sociais (Donnangelo, 1983). Analisando a construção de Furter (1995) é possível compreender que a Educação Permanente em Saúde pode se beneficiar dessa construção, apropriando-se da multiplicidade de objetos, de diferentes áreas de saber e da possibilidade de autonomia dos sujeitos, abrangendo as três dimensões envolvidas nas práticas de saúde-trabalho como eixo do processo educativo, construção dinâmica do conhecimento e trabalho em saúde como espaço para a auto-crítica (Furter, 1995).

Já os programas de educação continuada podem ser considerados como aqueles que se orientam a categorias profissionais específicas e, por sua vez, se utilizam de elementos educativos específicos dirigidos a esses grupos. Para Furter, a educação continuada tem cunho individualista, não promove a redistribuição de saberes, privilegiando o chamado trabalho autônomo, não permitindo uma troca nas relações técnicas ou sociais do trabalho, fundamentais no trabalho em equipe (Furter, 1995).

Para Motta e Ribeiro, um dos motivos da insuficiência da educação continuada para a reorganização dos serviços, é justamente que esta não estimula no educando a reflexão, no sentido de elaborar o conhecimento frente a situações reais do trabalho cotidiano.

“As práticas de educação continuada estão vinculadas apenas à dimensão técnica-objetiva do trabalho e ao mundo do emprego, o que se reflete nos estilos de gestão que, na prática, consideram como objeto tanto pacientes quanto o pessoal do serviço” (Ribeiro e Motta, 1996:4).

Para Davini (1989), qualquer formação para o setor saúde deve ter por objetivo estimular o compromisso social com a saúde da população, a responsabilidade ética com o trabalho realizado e a participação institucional. Para a autora

“los propósitos mencionados requieren la realización de una tarea de capacitación que desarrolle un comportamiento solidário y transformador,

un sólido conocimiento profesional, y una actitud reflexiva frente a la propia práctica” (Davini, 1989:7).

A incorporação da idéia de EPS e as críticas aos processos referidos nas propostas de educação continuada não ocorreram de forma pontual no Brasil, como revelam as reflexões de Paim e Nunes (1992), quando se propõem a contribuir para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva (PEC-SC) e realizam as reflexões que se seguem:

“até mesmo docentes interessados na recriação das práticas de saúde (em vez de sua reprodução) têm muitas vezes esquecido que a autonomia contida no aparelho escolar é relativa e que a existência de um espaço de luta político-idológica no interior da instituição nem sempre é suficiente para produzir uma legião de críticos capaz de redefinir as práticas de saúde” (Paim e Nunes, 1992:262).

Acrescentam ainda que:

“mudanças substantivas, politicamente viáveis, tendem a se realizar pela ação conjunta de indivíduos articulados com movimentos sociais de sustentação (associativos, sindicais ou comunitários) desde quando balizadas por uma teoria que dê conta das lutas sociais pela transformação das estruturas” (Paim e Nunes, 1992: 263).

Ainda que a proposta de PEC-SC discutida por Paim e Nunes se apresente pelo seu título como educação continuada, seus elementos referenciais são buscados na prática em saúde coletiva, assim relacionados pelos autores: objetos, meios de trabalho e atividades e as relações técnicas e sociais integrantes desse trabalho, estruturando-se a partir dos seguintes princípios eleitos pelos autores:

- A educação é um processo contínuo;
- Todo grupo social é um grupo educativo;
- O esforço educativo é universal;
- A educação é um processo dinâmico;
- A educação é um processo ordenador do pensamento;
- O sistema educativo tem caráter integrador;
- A educação é um processo inovador;

- O conhecimento se origina nas necessidades ou problemas sociais dentro de um projeto histórico;
- Descentralizado, reconhece a autonomia, rejeita a tutela e inclui uma ou mais instituições de referência nacional;
- Flexível, pois comporta retificações e ajustes no processo;
- Participativo no planejamento, execução, acompanhamento e avaliação;
- Toma as práticas de saúde coletiva como eixo integrador;
- Assume os problemas de saúde e dos serviços enquanto geradores de áreas temáticas (Paim e Nunes, 1992:264).

Vale ressaltar que o PEC-SC foi interrompido em sua execução, que estava amparada em cinco estratégias: a formação de um banco de dados sobre egressos; a realização de seminários e oficinas de trabalho; a articulação entre instituições acadêmicas e de serviços de saúde, no âmbito estadual; o balanceamento da análise da situação de saúde e os cenários das políticas, a curto e médio prazo com as informações organizadas nas etapas anteriores e sobre o modelo de capacitação e a quinta estratégia é a ênfase no nível local, justificada pelos autores como uma oportunidade para contribuir com a apropriação de poder técnico pelos agentes inseridos em instâncias fundamentais para a diretriz política da descentralização (Paim e Nunes, 1992).

A influência da OPAS nos projetos de educação permanente pode ser reconhecida pela seqüência de iniciativas realizadas, protagonizando fatos e movimentos que mencionamos a seguir.

A proposta de educação permanente em saúde começa a se desenhar a partir de 1987, com a contribuição de vários países coordenados pela OPAS, através da Proposta de Reorientação da Educação Permanente do Pessoal de Saúde na Região das Américas, que avançou no conhecimento de novas metodologias para o trabalho em saúde com o objetivo de melhorar a qualidade das propostas até então existentes. Tal proposta tinha a perspectiva de reconceituar os processos de formação dos trabalhadores dos serviços de saúde destacando novos modelos de gestão e atenção em saúde e novas práticas pedagógicas capazes de viabilizar as demandas do sistema de saúde (Pierantoni, 2002).

Naquele momento estava instalada uma profunda crise social, política e econômica nos países da América Latina. Os serviços de saúde de toda a região atravessavam dificuldades causadas, principalmente, pela diminuição do aporte financeiro, repercutindo na qualidade e quantidade da oferta de serviços oferecidos à população, no trabalho e na educação no campo da saúde. O momento coincide com as políticas de ajuste econômico, especialmente nos países em desenvolvimento, refletindo-se no mundo do trabalho com a terceirização maciça de serviços próprios de saúde e a precarização de vínculos, consoante com o ideário neoliberal (Haddad, Roschke & Davini, 1994).

Sendo o trabalho o eixo estruturante da EPS, é importante considerar as profundas transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, disparadas pela globalização da economia e pelo avanço tecnológico. Nas palavras de Motta:

“...a transição de um modelo fordista de organização do trabalho para um novo modelo denominado de “flexibilização produtiva” acoplado à dinamização do mercado mundial amplamente favorecida pelas tecnologias eletrônicas, coloca novas formas e novos significados ao trabalho” (Motta, 2001, s.p).

Esse cenário colocou novos desafios à gestão da educação na saúde, capitaneadas pela precarização das relações de trabalho, com alto índice de rotatividade do pessoal, pouca adesividade institucional dos agentes às políticas públicas e despreparo, a priori, dos profissionais da rede para atuarem dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em vias de se consolidar nesse período (Pierantoni, 2002).

A realidade colocada a partir dessas transformações passou a conformar um novo perfil do trabalhador de saúde, considerando que o trabalho se projeta em diferentes compromissos sociais, éticos, políticos e educacionais. De acordo com Feuerwerker, gerou-se um paradoxo entre a ampliação do trabalho informal e a emergência de um trabalho revalorizado em que o

“trabalhador polivalente, multiqualificado, deve exercer funções muito mais abstratas e intelectuais, menos trabalho manual e mais manipulação simbólica. Também são exigidas desse trabalhador capacidades de

diagnóstico, de trabalhar em equipe, de auto-organizar-se e de enfrentar situações em constante mudança” (Feuerwerker, 2001:48-49).

A velocidade com que esses perfis são demandados se descompassa, muitas vezes, com a qualidade da oferta de formação e desenvolvimento desses trabalhadores. Agravando a situação, essas novas competências não se encaixam em metodologias rígidas e tradicionais de ensino-aprendizagem. Essa combinação intensifica um acúmulo de problemas e um cenário híbrido onde emergem novas demandas que se confrontam com antigas e rígidas estruturas (Pierantoni, 2004).

No Brasil, com o SUS já implementado pela Lei 8080, a questão da gestão do trabalho e da educação na saúde ganha importância, principalmente, pelo reconhecimento dessa área para a própria consolidação do sistema dentro de seus princípios. Avanços relativos à articulação entre os setores da saúde, educação e trabalho, com uma crescente reorientação das reflexões teóricas, indicam a relevância política que vem ganhando a questão (Pierantoni, 2002). Relevância que se manifesta, recentemente, em diversos momentos: na emissão definitiva da NOB RH/SUS; nas propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde; e, entre outras iniciativas, na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, todas em 2003.

Seguindo as orientações da 12ª CNS, foi lançada a Portaria Nº 198/GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 4 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Resolução do CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003.

Numa conjuntura com as características apontadas na revisão de literatura apresentada, o estabelecimento de vínculos entre o trabalho, a educação e as instituições implica na adoção de estratégias que se traduzem em ações para a viabilização de uma cultura trabalho-educação introjetada permanentemente no sistema de saúde. A consolidação desta cultura depende, portanto, do fortalecimento das relações entre pólos que se complementam, como o ensino e serviço, integração capaz de transformar o espaço de formulação e execução das práticas num espaço de ensino-aprendizagem vinculado naturalmente ao exercício das práticas de saúde.

Nesse sentido, alguns autores consideram que os objetivos de melhor qualificação do trabalho, associados à melhoria dos serviços oferecidos, têm na educação permanente um instrumento essencial para o estabelecimento desses vínculos (Haddad, Roschke & Davini, 1994).

Desse modo, pode-se presumir que o investimento no trabalho e no trabalhador irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que os trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado do seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema (Brasil, 2003). A intensificação do uso da tecnologia no cuidado em saúde não guarda proporção com a diminuição do trabalho humano na atenção à saúde - a utilização intensiva da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção - são pessoas, os trabalhadores, a base para a viabilização e implementação dos projetos, ações e serviços disponíveis para a população (Brasil, 2003).

Podemos incluir, ainda, outras variáveis na construção do conceito de EPS, relacionadas aos princípios do SUS, cenário das operações onde se desenvolve a EPS como política pública. Destaca-se, como uma dessas variáveis, a descentralização - princípio organizativo do sistema de saúde, ao conferir à EPS a capacidade de utilizá-la como diretriz operativa de desconcentração de poder, seja no nível institucional (por exemplo, incorporando as Escolas Técnicas do SUS na política), seja no nível do empoderamento do trabalhador de saúde.

Uma outra dimensão da EPS está referida à divisão técnica e social do trabalho. Como em grande parte das atividades humanas, a divisão social do trabalho tende a refletir a estrutura das classes sociais. No setor saúde, dentre outras expressões, ela está representada pela separação entre atividades-meio e atividades-fim.

Em geral, reserva-se aos representantes das classes socioeconômicas mais desfavorecidas, desprovidos de qualificação técnica específica, o papel de operadores das atividades-meio, de qualquer forma essenciais para o funcionamento do sistema. Neste contexto, situam-se as atividades de limpeza, segurança, cozinha, lavanderia, transporte e algumas atividades administrativas.

Para os propositores da política de EPS, a escassez de trabalhadores qualificados e a ausência de uma política sólida de gestão do trabalho propiciou, historicamente, a improvisação no aproveitamento desses trabalhadores oriundos de atividades-meio para a execução de atividades-fim em saúde. O fato, inclusive, foi um dos fatores que gerou, em 1981, a criação do Projeto Larga Escala, com base na necessidade de qualificar adequadamente os trabalhadores já inseridos em atividades-fim do setor (Brasil, 1991). Também consideraram que a divisão técnica do trabalho em saúde, fortemente vinculada à graduação e à formação profissional, embora propicie aos trabalhadores a qualificação técnica devida para o trabalho em saúde, reproduz a divisão social na medida em que preserva o papel hegemônico da medicina e do médico na conformação e na condução gerencial das práticas do sistema e finalizam considerando que à maioria dos trabalhadores tecnicamente qualificados do sistema de saúde reserva-se, portanto, papéis de subalternidade na condução de suas práticas, deslocando-os do centro decisório de mudança de suas próprias práticas (Brasil, 1991).

A par dessas considerações as idéias que integram a política da EPS, recentemente aprovada para o SUS, reconhecem que “*as necessidades educativas surgem em decorrência da dificuldade de realizar ações técnicas específicas em uma perspectiva de cooperação*” e recomendam que os processos educativos “*devem incorporar as questões da cooperação e da direcionalidade técnica na perspectiva da verticalidade da divisão técnica e social do trabalho*” (Brasil, 1991:15). Consideram ainda que o processo de trabalho integra um conjunto de ações de natureza diversa que se articulam e complementam entre si e com outras categorias de trabalhadores e, dessa forma, os processos educativos devem “*considerar a articulação dialética e dinâmica da cooperação, direcionalidade técnica e as dimensões horizontal e vertical na organização do processo de trabalho em saúde*” (Brasil, 1991:22).

Finalmente, complementando os diferentes debates apresentados em torno da EPS vale ainda a pena ressaltar que no caso brasileiro é necessário considerar que a decisão de implantar uma política dessa natureza passa, certamente, pela reflexão do caráter nacional do Sistema Único de Saúde e sua vertente da descentralização como um princípio do próprio sistema, devendo a EPS se utilizar desse potencial como uma diretriz operativa. A decisão de operar essa política com o apoio dos Pólos de Educação Permanente e pelas Escolas Técnicas do SUS (Ministério da Saúde, 2005) revela como expectativa o empoderamento do

trabalhador de saúde. A política de EPS se filia a esta característica essencial descentralizadora, histórica na estruturação do SUS brasileiro.

“A descentralização envolve questões de redistribuição do poder e possibilidades de democratização das decisões. A importância desse componente não decorre, portanto, de sua dimensão ou racionalidade administrativa, isto é, enquanto estratégia gerencial contraposta aos esquemas burocráticos e hierarquizados que, atualmente, são apontados como contribuintes da ineficiência e baixa resolutividade dos sistemas de serviços. O que interessa ressaltar diz respeito aos requerimento de maior participação dos trabalhadores de saúde na condução política e técnica dos serviços. A proposta de descentralização dos serviços de saúde implica uma dimensão política cuja expressão objetiva situa-se no campo das relações de poder que se estabelecem entre os atores que participam do processo de produção e consumo desses serviços. A pugna pela redistribuição do poder, que se realiza no conjunto da sociedade entre grupos sociais, se expressa no interior das instituições de saúde na forma de conflitos e enfrentamentos entre grupos corporativos e destes com a gerência dos serviços” (Santana, 1994:i).

Reunindo um conjunto de elementos destacados nesse capítulo como justificativa para a instituição de uma política de EPS, foi apresentada pela Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor (Brasil, 2004b) sendo aprovada pelo CNS em 4 de setembro de 2003, além da Portaria 198 (ANEXO 3), anteriormente assinalada.

A Portaria Nº198/GM/MS de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente propõe que

“os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho” (Brasil, 2004:12).

Em sua proposição preliminar a PNEPS estabeleceu que o

“olhar ‘do outro’ é fundamental para a possibilidade de problematização e detecção de ‘incômodos’ [problemas], possibilitando a construção de estratégias com maior potencial de serem levadas à prática...constituindo a noção de coletivos de produção em substituição à noção de recursos humanos ou capital humano” (Ministério da Saúde, 2005:9).

A Portaria que institui a PNEPS estabelece alguns mecanismos básicos que dão forma à nova proposta assim definidos:

- Condução locorregional da PNEPS com gestão colegiada via Pólos de Educação Permanente em Saúde;
- Composição dos Pólos de Educação Permanente com gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde; Escolas Técnicas; Escolas de Saúde Pública e demais centros formadores estaduais ou municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde, com abertura para a entrada de outras instituições;
- Referência territorial para cada Pólo vinculada à sua correspondente necessidade de formação e desenvolvimento;
- Pactuações sobre territórios na Comissão Intergestores Bipartites (CIB) e aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES);
- Acreditação de Projetos dos Pólos pelo Ministério da Saúde de acordo com as orientações e diretrizes para a operacionalização da PNEPS: acompanhamento e assessoramento aos Pólos pelo Ministério da Saúde;
- Acompanhamento Nacional da PNEPS pelos representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS, MEC, estudantes universitários e associações de ensino das profissões da saúde (Brasil, 2004).

A Portaria 198 GM/MS institui que *“a educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”* (Brasil, 2004:12). Propõe, ainda, que os processos de capacitação dos trabalhadores

da saúde se referenciem nas necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e que sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (Brasil, 2004).

A implantação da PNEPS priorizou duas ações fundamentais: os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e a formação de tutores e facilitadores de educação permanente que passariam a atuar na organização de processos educativos relacionados à EPS em todas as regiões do país.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde foram concebidos como espaços considerados dispositivos fundamentais para a operação dessa proposta, já que favorecem a articulação local de todos os atores institucionais, sejam da gestão, do controle social, das instituições de ensino e trabalhadores da atenção na identificação e discussão dos problemas identificados regionalmente (Ministério da Saúde, 2005:11).

Em sua concepção a PNEPS tomou como referência os Pólos de Saúde da Família, até então existentes em apoio ao Programa de Atenção Básica do Ministério da Saúde, mas foi recriada a sua finalidade, que passou de técnica de apoio ao Programa de Saúde da Família (PSF) à ação articuladora regional, incluindo as diversas representações dos atores institucionais (da gestão, do controle social, das instituições de ensino e dos trabalhadores da atenção) na PNEPS. É também a capacitação expansiva de um agente cujo perfil foi especialmente criado para atuar nas atividades do Programa, os “Facilitadores de EPS”.

A formação dos Facilitadores foi concebida e implementada numa parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em processo de Educação à Distância (EAD). De acordo com relatório apresentado pelos DEGES, até dezembro de 2004 foram constituídos 96 Pólos de EPS (Ministério da Saúde, 2005:13).

“A partir do lançamento da política de educação para o SUS foram constituídos no Brasil, até dezembro de 2004, 96 Pólos de Educação Permanente em Saúde, cobrindo todos os municípios do país. Esses Pólos já abrangem mais de 1.000 representações. Embora estejam operantes 96 Pólos, eles já chegam a 105 organizações formalmente projetadas”

(Ministério da Saúde, 2005:13).

O curso de Formação de Facilitadores em parceria MS/ENSP/EAD foi iniciado no segundo semestre de 2004 com uma proposta semipresencial. Essa experiência toma como referência principal o formato adotado pela mesma parceria ENSP/MS no PROFAE, considerada exitosa (Ministério da Saúde, 2005:18).

A concepção adotada pelo curso de Facilitadores de EPS baseia-se no conceito de aprendizagem significativa, sendo que o material de aprendizagem “*se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe, ou seja, quando essa nova informação está relacionada de alguma forma, relacionada com os conhecimentos prévios da pessoa*” (Brasil, 2005a:13). A aprendizagem significativa ocorre quando o conteúdo do material é potencialmente significativo, de modo que o educando se motive a relacionar o que aprende com o que já sabe, de forma a interagir com o outro (Brasil, 2005a).

O material da formação foi elaborado em parceria com as duas instituições promotoras e com a participação direta dos tutores selecionados e envolve quatro unidades de aprendizagem: Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde; Análise de Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde; Trabalho e Relações na Produção do Cuidado e Unidade de Aprendizagem Integradora (Brasil, 2005^a).

Inicialmente, foram selecionados 320 tutores em todas as localidades do país, que já estão apoiando a formação de 6.400 facilitadores de educação permanente em saúde, distribuídos por 1.625 municípios (Ministério da Saúde, 2005). A idéia central dessa formação foi a capilarização da Política Nacional de Educação Permanente em todo o território nacional, potencializada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Os tutores e facilitadores que participaram foram indicados a partir das discussões dos PEPS, de forma a garantir a democratização e a autonomia das regiões na participação do processo (Ministério da Saúde, 2005).

Uma estratégia também adotada pela PNEPS está relacionada a uma outra política coordenada pelo DEGES, a Política de Profissionalização Técnica implementada junto à Rede de Escolas Técnicas do SUS, no interior da qual têm sido estimuladas as atividades de extensão de EPS e de produção do conhecimento pelo fomento às atividades de pesquisa.

Entre as diretrizes da PNEPS está o fortalecimento e modernização das Escolas Técnicas de Saúde do SUS; elaboração, negociação e pactuação dos perfis de competências profissionais, garantindo espaço de participação a vários atores e segmentos sociais configurando uma profissionalização com base nas necessidades de saúde; estímulo ao desenvolvimento de processos formativos com integração ensino-serviço-participação popular; definição de financiamento próprio para a implementação de cursos de formação técnica; formação pedagógica de docentes, utilizando metodologia de ensino à distância (Ministério da Saúde, 2005:74).

A PNEPS propõe que o curso de formação pedagógica oferecido atualmente à área de enfermagem seja ampliado para os docentes de outros ramos profissionais como odontólogos, farmacêuticos, médicos, nutricionistas... (Ministério da Saúde, 2005:92). Aproximadamente 8.000 enfermeiros docentes já estão com o curso concluído e outros 4.000 o estão cursando. O curso é oferecido na modalidade de Educação à Distância, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, com momentos presenciais nos Núcleos de Apoio Docente implantados em 45 instituições de ensino superior, contemplando todas as Unidades da Federação (Ministério da Saúde, 2005:92).

CAPÍTULO 2 - PROGRAMAS E PROJETOS DE FORMAÇÃO PARA O SISTEMA DE SAÚDE

2.1 O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS

Através da revisão documental foi possível sistematizar dados importantes para subsidiar a análise das experiências em torno da pergunta: os projetos de formação de nível médio se constituíram em precursor dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

Vale ressaltar que duas grandes iniciativas antecedem a formulação e implantação desses projetos: o PIASS (Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), ambos viabilizados no âmbito do Acordo Interministerial - MEC - MS - OPAS, e com ações que impulsionaram a problematização da lógica até então existente, das políticas de saúde e de recursos humanos.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi implementado em 1976 com o objetivo de promover a ampliação da cobertura dos serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país, reconhecendo a necessidade de definir políticas para além dos centros urbanos e de ampliar o acesso à saúde em todo o território nacional (Marsiglia, 1995). Entre as diretrizes do Programa estava a idéia de ampla utilização de pessoal auxiliar, que deveria ser recrutado nas próprias comunidades contempladas pela sua implementação (Silva, 2002).

Nos anos seguintes, o PIASS amplia-se para outras regiões do Brasil, especialmente a região sudeste. O PPREPS nasce desta ampliação a partir da constatação de distorções do quantitativo de recursos humanos para o setor, do reconhecimento da separação entre o sistema formador e os serviços de saúde e da identificação de novas necessidades e possibilidades derivadas da expansão e melhoria da prestação de serviços para a população e para a organização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (Brasil, 1976). O resgate desse Programa é importante para a compreensão das orientações propostas para os dois projetos que são objeto de análise nesse trabalho - o Larga Escala e o PROFABE, já que o PPREPS representa uma iniciativa pioneira para a formação de pessoal de nível médio para a

saúde no Brasil.

O PPREPS, entre outros projetos, incentivou a integração entre a formação e a prestação de serviços, apoiando a criação de dez áreas docente-assistenciais, principalmente no Nordeste, região mais crítica em assistência e carência de trabalhadores, à época.

Entre seus objetivos o PPREPS buscava a promoção e a adequação da formação de pessoal de saúde (quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades dos serviços, através da progressiva integração das atividades de formação à realidade do Sistema de Serviços de Saúde (Brasil, 1976). Outra preocupação básica do Programa era a utilização dos estímulos e oportunidades para a melhoria da organização e funcionamento dos serviços de saúde, visando o estabelecimento de sistemas regionalizados eficientes e sua utilização como campo para a formação do pessoal em todos os níveis (Brasil, 1976).

O PPREPS definiu três objetivos básicos: (1) a preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar; (2) apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais de saúde, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes e, para tanto, requereria a redefinição organizacional e de operação do sistema regional dos serviços, a formulação dos programas de formação correspondentes com o adequado envolvimento do aparelho formador e a formulação e operação dos mecanismos de articulação e/ou integração entre os setores da educação e da saúde e através dos quais se complementassem em termos estruturais e funcionais; e, finalmente, (3) o apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada Estado da União, integrado aos sistemas de planejamento setorial correspondente, no sentido de viabilizar as ações ligadas aos objetivos anteriores.

O segundo objetivo constituiria o eixo central das atividades do PPREPS que deveria, aos poucos, incorporar o primeiro e o terceiro objetivos. Desta forma *“a integração docente-assistencial deveria, portanto, realizar-se em todos os níveis de formação de recursos humanos para a Saúde e em todos os níveis de assistência do Sistema de Serviços”* (Brasil, 1976:24).

Como estratégias para o primeiro objetivo - a preparação em massa de pessoal de nível médio - o Programa previa o apoio à preparação de módulos com conteúdos progressivos por

nível e categoria profissional, flexíveis e simples o suficiente para permitir sua adequação às condições e necessidades de cada realidade. As atividades realizadas deveriam ser utilizadas de forma a estimular e apoiar o estabelecimento de sistemas regionalizados de serviços e melhorar a sua qualidade nos diferentes níveis de complexidade.

O PPREPS também previa a preparação em massa de cerca de 170 mil pessoas em todo o território nacional, de pessoal de nível médio “*para cobrir os déficits existentes e as necessidades previstas, tendo em vista a extensão da cobertura e a melhoria dos serviços*” (Silva, 2000:380). No período de sua implementação foram capacitadas 38.584 pessoas, sendo 19.029 de nível elementar e 10.771 de nível médio (Silva, 2000).

Entre as estratégias propostas para alcançar tais objetivos estavam previstas

“a ampla articulação e cooperação interministerial, o aproveitamento da capacidade instalada e das iniciativas em implementação, a consideração das secretarias estaduais como instituições nucleares para a organização do SNS, apoio à elaboração e à implementação de projetos globais de treinamento para todo o sistema estadual de saúde, a exploração e o aproveitamento das formas de intercomplementaridade saúde-educação e dos mecanismos de educação profissionalizante por via regular ou supletiva, a capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes aos quadros institucionais dos serviços de saúde e a ênfase no treinamento integrado ao serviço, de caráter polivalente, na utilização de instrutores/supervisores de nível médio e no desenvolvimento de metodologias educacionais correspondentes” (Silva, 2000:381).

Para Silva (2002), esse cenário concebeu o tripé de estratégias para a formação de nível médio: organizar o serviço de forma a garantir o acesso da população, garantir serviço de qualidade e sem riscos tanto para os trabalhadores e conferir ao trabalhador de nível médio seu reconhecimento profissional. Além disso, a experiência do PPREPS possibilitou o desenvolvimento de novas tecnologias para a educação na saúde ao imprimir novas metodologias de formação em recursos humanos, com diretrizes de ampla articulação, regionalização e descentralização das atividades que desenvolveram raízes que imprimiram sua marca na formação e desenvolvimento de trabalhadores.

Para Sório (2002), o PPREPS introduz os processos educativos nos serviços influenciando posteriormente a concepção do Larga Escala já que seus organizadores

“optaram por alternativas em que os treinamentos não constituíam um fim em si mesmo, mas possibilitavam aos participantes, analisar criticamente as propostas dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos face às reais necessidades da população a que serviam, a criação de novas tecnologias e a participação dos treinandos na construção de modelos alternativos de assistência” (p.50).

O profissional de nível médio é um contingente importante numericamente no sistema de saúde e desempenha múltiplas funções na equipe de saúde, notadamente na assistência ao paciente. Vale ressaltar que a formação de pessoal de nível médio esteve por muito tempo subordinada exclusivamente ao Ministério da Educação (MEC) até a implementação da Lei de Diretrizes e Bases em 1996, que representou um marco para a educação profissional em saúde, ao conferir ao Ministério da Saúde a elaboração das regras da formação para o setor.

“A nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB), configura-se como marco na reforma da educação brasileira determinando mudanças no ensino fundamental, médio e educação profissional. Com base na LDB, a regulamentação do ensino profissionalizante para a saúde deixou de ser atribuição do Ministério da Educação e Cultura, sendo, portanto, responsabilidade do Ministério da Saúde definir regras básicas para a formação do pessoal de saúde” (Cruz, et all, 2000: 10-11).

Anteriormente o MEC restringia-se à elaboração do currículo mínimo da formação, que ocorria de forma dispersa e isolada, majoritariamente executada pelo setor privado, com vistas ao mercado de trabalho. A formação no setor público limitava-se a treinamentos emergenciais ao pessoal do serviço. Estudo realizado pelo Censo da Educação Profissional, MEC/INEP, em 1999, constatou um universo de 3.948 instituições de ensino profissional, onde apenas 5,2% ofertavam cursos na área de saúde, sendo que desses, 67% pertenciam ao setor privado (Sório, 2002a).

A expressão “treinamento em serviço” para os trabalhadores do nível médio aparece pela primeira vez na 5ª CNS, realizada em 1970. Esse período se caracteriza pelo avanço do

sistema de saúde no sentido de sua descentralização e pelo aumento da cobertura dos serviços, confrontados às péssimas condições de saúde da população e à ineficiência dos serviços básicos em saúde que não tinham condição de reverter esse quadro. Esse cenário favoreceu o desenvolvimento de políticas de formação para o pessoal de nível médio e auxiliar como estratégico para a solução dos problemas que se apresentavam, no contexto em que também a OPAS estimulava a discussão de novas práticas de formação de pessoal para a saúde, notadamente do ensino médio e dos auxiliares de saúde, em atenção às recomendações da reunião de Ministros das Américas, realizado em 1972 (Nunes, 1998).

No ano de 1981, um acordo firmado entre a OPAS e os Ministérios da Saúde, Educação e Previdência Social tratou de elaborar um plano nacional para a capacitação de pessoal de nível médio que propiciou o Projeto de Formação em Larga Escala de Nível Médio e Elementar de Saúde, o Larga Escala. Concebido no contexto da reformulação dos serviços básicos, nasce como resposta às metas de desenvolvimento de recursos humanos (Nunes, 2002). Calculava-se à época que aproximadamente 300.000 trabalhadores empregados nos serviços de saúde, cerca de 50% da força de trabalho do setor, atuavam sem qualquer formação específica. Este contingente, igualmente sem acesso ao sistema formal de educação, configurava um grupo marginalizado e, paradoxalmente, estratégico para a atividade-fim do setor assim retratado por Santos e Souza (1989):

“Apesar desta falta de qualificação específica, este grupo desempenha no processo coletivo de trabalho em saúde ações de natureza complexa, que exigem capacidade de observação, de juízo e de decisão. (...) não são meros auxiliares dotados de um papel acessório” (p.62).

A qualificação profissional desenvolvida na concepção do projeto não se restringiu aos auxiliares de enfermagem, mas para todas as categorias compreendidas no nível médio (nutrição, odontologia, meios diagnósticos, fisioterapia, entre outros) no sentido de propiciar uma *“formação global mediada pela percepção crítica da realidade sócio-cultural do trabalho”* (Santos e Souza, 1989:62). A situação que contribuía para a existência de um grande contingente da área de enfermagem direcionou o projeto a esse grupo específico.

Os trabalhadores que formam o grupo funcional conhecido como atendentes e auxiliares de enfermagem são, em sua grande maioria, oriundos das camadas de baixa renda,

tendo sido excluídos do sistema formal de educação. A pouca escolaridade dessa categoria é por vezes um impeditivo à sua formação, que exige escolaridade mínima. Apesar disso, esse contingente sempre representou o mais numeroso entre os trabalhadores e são responsáveis por ações e cuidados de enfermagem em unidades da atenção básica em todo o território nacional.

Para agravar a situação, muitos desses profissionais eram localizados em regiões do interior, onde não existiam estruturas que oferecessem o primeiro grau completo. Além disso, a idade avançada representava mais um entrave para seu retorno ou ingresso em cursos regulares de educação geral, requerendo condições especiais para que pudessem dar continuidade aos seus estudos.

A proposta de formação do Projeto Larga Escala, contudo, reconhece esse contingente como seres sociais, com capacidade cognitiva, capazes de construir habilidades específicas na formação plena da sua cidadania, devolvendo-lhes a dignidade e os direitos perdidos por anos de exclusão do sistema educacional e conseqüentemente do mercado formal de trabalho (Santos e Souza, 1989).

Apesar do não reconhecimento dos atendentes como profissionais de saúde pela lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 2.605/55), assim como pelo Decreto-Lei Nº 50.387/61, a categoria continuou a expandir-se na década de 1970, impulsionada pela universalização da previdência, e pelo crescente processo de descentralização dos serviços de saúde.

Nos anos 1980, foram definidas quatro categorias para a força de trabalho em enfermagem: o enfermeiro (formação universitária); o técnico de enfermagem (com formação de nível médio, ou 2º grau); o auxiliar de enfermagem (com formação mínima de 1º grau) e o atendente de enfermagem - sem exigência de escolaridade mínima. Em censo realizado na mesma época, dos 304.287 trabalhadores de enfermagem, 64.289 eram auxiliares e 194.174 eram atendentes, ou seja, 63,8% do total (Ávila, 2004).

No ano de 1986, a Lei Nº 7.498 estabeleceu um prazo de 10 anos para que os atendentes se qualificassem formalmente e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) passou a fiscalizar os trabalhadores. Caso não estivessem devidamente qualificados, seriam

enquadrados como exercendo ilegalmente a profissão. Esse quadro acabou por agravar a situação dos atendentes, que passaram a optar por uma relação informal de emprego, ou registraram-se em outras funções auxiliares, como forma de escaparem da fiscalização.

A institucionalização do SUS em 1990, dentre outros fatores, desencadeou a ampliação da cobertura e a oferta de empregos. Porém, o sistema formador não estava preparado para acompanhar a contento essa demanda, requerendo mais uma vez uma ação vigorosa que desse conta do aumento do pessoal não qualificado para os serviços, especificamente os de nível médio de enfermagem. Porém, com todos os esforços, a prática de contratação de atendentes e auxiliares de enfermagem não qualificados ainda persiste, num prejuízo não apenas aos trabalhadores, mas à população atendida.

Além da expansão da rede, outras dificuldades eram apontadas como recorrentes, como a baixa qualificação dos profissionais auxiliares, o caráter emergencial da formação oferecida para os quadros técnicos em serviço, que não investia na formação integral do indivíduo, mantendo a sua situação “desqualificada”, situação reconhecida como deficiente em documento oficial do Ministério de Educação e Cultura, assim referida:

“(....) a prática generalizada nos serviços de saúde de submeter mão-de-obra engajada a treinamentos emergenciais também não resolve. Esta alternativa, além de não responder às necessidades de formação, é extremamente perversa, porque não dá ao treinado a titulação profissional, para que, enquanto trabalhador, usufrua dos seus direitos e vantagens”
(Ministério da Educação, s.d:5).

A baixa escolaridade, traço comum desse contingente, também representou outro obstáculo, já que nem sempre as metodologias utilizadas eram apropriadas para esse público, há tanto tempo afastado dos bancos escolares, mobilizando os educadores da saúde para uma formulação coerente com o diagnóstico realizado:

“Assim, a abordagem pedagógica a ser construída deve propiciar que esse novo conhecimento que se deseja aportar signifique algo para esse trabalhador, no desenvolver da sua prática. Para isso, a organização curricular terá que ser também específica e referenciada: o conhecimento não pode estar organizado por disciplinas, fragmentado, e sim integrado

com o trabalho” (Silva, 2002:387).

Atendendo a algumas condições contrastantes desse diagnóstico, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, ocorrida em 1993, traz em suas recomendações o reforço e a ampliação das

“propostas anteriores relacionadas com a formação de nível técnico, enfatizando a descentralização dos processos de formação dos trabalhadores em Planos de Cargos Carreiras e Salários, a adoção de mecanismos de articulação entre os setores saúde e de educação para que os trabalhadores de saúde possam completar a escolaridade de 1º grau, a adoção do Larga Escala e a implementação de Centros Formadores / Escolas de Formação Técnica de Saúde nas Secretarias Estaduais de Saúde” (Silva, 2002:394).

Nesse contexto é que no ano 2000 foi criado o PROF AE dando prosseguimento a uma ação de qualificação que vinha sendo oferecida pelo sistema de saúde ou pelas Escolas Técnicas de Saúde através do Projeto Larga Escala, sem, no entanto provocar o impacto necessário na oferta de formação para esse contingente. Esta aproximação à realidade da necessidade de formação dos trabalhadores em saúde permite a seguir aprofundar os projetos Larga Escala e PROF AE.

2.2 O Projeto Larga Escala

Fruto de um acordo intersetorial, do qual participaram os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e a OPAS, implementado em 1981, o Projeto Larga Escala não se configurava em estrutura centralizada para controle e administração, implicando numa iniciativa de descentralização e regionalização assim retratada por Santos e Souza, *“(...) cada unidade federada que o implanta guarda e mantém sua organicidade (...) assumindo (...) características específicas das suas respectivas áreas de abrangência”* (Santos e Souza, 1989:6).

A elaboração de matérias institucionais era parte da estrutura de execução do Larga

Escala, que buscou em sua elaboração, além da solução quantitativa, adequá-lo em linguagem ao nível de abstração dos alunos (Santos e Souza, 1989).

Outra ação importante para a estruturação do Larga Escala foi a criação, no âmbito dos Estados, dos Centros de Formação de Recursos Humanos (CEFORH), como espaço público privilegiado para a educação profissional, anteriormente quase que restrita às escolas privadas. Considerando a pouca escolaridade desse contingente, os CEFORH, que viriam a se constituir em Escolas Técnicas do SUS, foram criadas, em consonância com o sistema educacional vigente, como estruturas educacionais específicas para o setor saúde, de caráter permanente, que vieram possibilitar a habilitação das categorias de nível médio para a saúde. Seu regimento garantia: ensino multiprofissional, centralização dos processos de administração escolar, descentralização da execução curricular, utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores e acesso de pessoal já empregado ou em via de admissão para o trabalho em saúde (Santos e Souza, 1989).

A criação do CEFORH previa a conscientização do aluno/trabalhador do seu papel político social no sistema, superando a dicotomia teoria-prática.

“A Escola Técnica de Saúde ao preparar o profissional de nível médio da área de saúde terá que contribuir para que se supere a prática atual que desta profissão centrada na realização de ações essencialmente técnicas, sem uma visão mais ampla da complexidade do quadro de saúde existente no país. Os profissionais de nível médio precisam ter consciência do seu papel e função na ação coletiva para se sentirem também responsáveis no processo de democratização dos serviços de saúde” (MEC,s.d.:15).

A criação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) se dá no espaço do Sistema Único de Saúde e representou um avanço ao consolidar, por um lado a articulação dos Ministérios da Educação e da Saúde e pela criação de um espaço permanente de formação de pessoal de nível médio, definindo também esse espaço como privilegiador da reflexão do trabalho, acima da pura e simples certificação técnica, comprometido com a qualidade dos serviços de saúde e com o perfil epidemiológico da população.

“(…) a Escola Técnica de Saúde não deve ser organizada como um

somatório de Oficinas, concebidas como unidades produtivas ou prestadoras de serviços. O desenvolvimento de atividades práticas no interior da escola deve completar-se nos serviços de saúde, considerando o estágio como atividade integrante do processo de ensino-aprendizagem” (MEC, s.d.:18).

Considerando as peculiaridades dos trabalhadores do nível médio que estavam nos serviços, já descritas anteriormente, as Escolas Técnicas do SUS definiram que as atividades curriculares deveriam ser organizadas de forma integrada “*considerando a prática real dos sujeitos da aprendizagem de modo que possam refletir sobre ela, teorizar e acrescentar conhecimentos, sistematizar o que já sabe, de modo que possam voltar aos serviços com uma prática profissional totalmente reformulada*” (Sório, 2002:53). Dessa forma, observa a autora que o currículo integrado “*é um plano pedagógico que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade*” (Sório, 2002:53).

As ETSUS atuam de forma descentralizada, recebendo alunos, no âmbito dos municípios, preparando para isso, docentes de nível superior que possam viabilizar tal proposta, assumindo o papel de escola-função (Castro, 2002).

Pôde ser observado com a revisão documental e bibliográfica que o contingente conhecido como auxiliares e atendentes de enfermagem pertence a uma parcela marginalizada da população adulta, sem acesso à educação formal e ao seu reconhecimento profissional. Essa constatação desencadeou a formulação de um processo que, além da qualificação formal, proporcionasse a inclusão desses cidadãos, considerados por alguns autores como excluídos do sistema econômico e social. Nessa concepção, pensou-se uma escola diferente que foi denominada uma escola função, que nas palavras de Izabel dos Santos:

“Isso quer dizer que ao invés do aluno ir todos os dias para a escola em horários programados, a escola é quem vai ao aluno, no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, a busca de atender às necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes” (Castro, 2002: 60).

No pensamento filosófico, libertador e democratizante, essa concepção também foi

observada em Castro (2002) ser observada nas palavras de Izabel: *“Eu achava que a escola, para ser escola, devia ter um corpo filosófico, ou seja, todos aqueles que fazem aquela escola devem ter uma concepção de homem, de sociedade, de educação, de direitos à saúde, de serviços de saúde”* (p. 60).

Pela peculiaridade do projeto que avançava com a incorporação das inovações mencionadas, o Larga Escala já previa, também, a preparação de instrutores/supervisores, de nível superior para as atividades docentes do curso, segundo os princípios de uma pedagogia problematizadora que

“em última análise implicava em romper padrões e concepções educacionais bastante arraigados nestes profissionais, não apenas pelas suas histórias de processo educacional, mas também pela própria formação sobre educação que a função de 3º grau lhes conferia” (Santos e Souza, 1989:62).

Muitos profissionais de nível superior foram capacitados tendo por base essa proposta, pela constatação da inexistência de capacitações que contemplassem a reflexão crítica para a docência. Buscava-se evitar a dicotomia docentes/prestadores de serviço, o que era considerado um paradoxo aos princípios da proposta. Foram capacitados profissionais de enfermagem, nutrição, odontologia, farmácia e administração, entre outros, na *“concepção integral da prática profissional de nível superior articulada coletiva e especificamente para a consecução dos objetivos da Reforma sanitária”* (Santos e Souza, 1989:63).

A proposta pedagógica do Larga Escala considerava a interação sujeito-objeto no ambiente de trabalho, em que o aprendizado do sujeito parte de sua percepção da realidade sobre o objeto, sem negar as práticas e o senso comum, reconstruindo novos conhecimentos, mais elaborados e específicos. *“O sujeito tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento, o instrutor coloca-se como um coadjuvante que organiza o caminho e facilita esta construção”* (Brasil, 1991:33).

Na análise de Aguiar e Soares (2004), o PLE correspondeu a uma alternativa aos tradicionais cursos profissionalizantes,

“buscando desenvolver uma proposta de integração entre educação e

trabalho a partir de metodologia problematizadora, assumindo a educação como prática transformadora e o trabalho como a forma mediante a qual o homem produz a sua história e as condições de sua existência” (Aguilar e Santos, 2004, s.p).

O pressuposto básico da proposta pedagógica do Larga Escala é o da não neutralidade do conhecimento, onde a educação ocupa um papel mediador dos processos de aprendizagem com a realidade, buscando a articulação dialética das dimensões política, metodológica e de conteúdo (Santos e Souza, 1989).

Um passo importante e estratégico foi a construção de uma proposta problematizadora das situações de vida e trabalho dos alunos-trabalhadores *“que lhes permita cursar o currículo formal, organizado especialmente para esta clientela”* (Silva, 2002:389).

A dimensão política do Projeto referia-se a *“viabilizar a formação para a cidadania plena através da legitimação social da sua prática e sua qualificação específica”* (Santos e Souza, 1989:64,). Para outros atores, o ritmo de aprendizagem era individual e respeitado no seu processo de assimilação cognitiva do conhecimento, o aluno participa ativamente do seu próprio processo de avaliação, que se dá de acordo com o seu próprio desenvolvimento e com as práticas, ou seja, a avaliação é compreendida como processual, que implica no domínio específico da prática.

Ainda, para Santos e Souza (1989), a transformação das práticas oferece os subsídios para um conteúdo curricular integrado, em busca da totalidade do conhecimento, ensino-prática, sem fragmentar os saberes por disciplinas isoladas. *“O currículo integrado, desta forma, concretiza a proposta pedagógica nas suas três dimensões (política, metodológica e de conteúdo) buscando construir a qualidade e a relevância da prática profissional no exercício da cidadania”* (p.64).

Não foi objetivo desta pesquisa obter dados de registros numéricos dos resultados do Larga Escala. A busca desses registros, no entanto, poderia permitir a sistematização desta experiência através de alguns autores, como passamos a relatar, com expressões em algumas regiões do Brasil.

Estudo realizado entre 1990 e 1992, analisou a implementação do PLE na cidade de São Paulo. Como resultado do projeto observou-se a interrupção de uma *“trajetória de exclusão da educação escolar e inclusão no mundo do trabalho desqualificado com promoção a uma categoria profissional - após a qualificação”* (Aguiar e Santos, 2004, s/p). De outro modo, relaciona-se os egressos a uma *“integração social, passando a adquirir identidade profissional, humanização do trabalho e da vida e melhora nos padrões de reprodução social que lhes permitem desfrutar de alguma cidadania e de percepção crítica dos processos, da finalidade e do objeto de trabalho”*. (idem ibidem)

Na análise de Souza e Santos (1989), o Larga Escala propiciou a formação global mediada pela percepção crítica da realidade sócio-cultural do trabalho. As autoras ponderam que a efetiva integração da dimensão da formação profissional no espaço local de trabalho em saúde requer uma maior aproximação das políticas de formação de recursos humanos aos pressupostos teóricos da educação crítica e transformadora que norteiam o Projeto Larga Escala.

Os Centros Formadores foram implantados em muitos pontos do país. No ano de 1984 foi inaugurado em Natal, Rio Grande do Norte, o Centro Formador Manoel da Costa Souza que iniciou a formação do pessoal de nível médio naquele Estado, inclusive o de auxiliar de enfermagem, que tratou de privilegiar em sua metodologia pedagógica elementos que transformassem o comportamento do educando na sua prática profissional e social de forma a privilegiar a integração ensino/serviço. Nesse sentido, afirmam Cruz *et all* (2004): *“(...) a proposta metodológica do CEFPE propicia aos trabalhadores de saúde a reflexão, a crítica e o conhecimento indispensáveis à formulação de sua prática profissional, dando ênfase a integração ensino/serviço”*. (p.24)

Esses autores realizaram uma pesquisa com egressos do CEFPE, utilizando a técnica de grupos focais, para avaliar o impacto da formação. Todos foram unânimes em afirmar que a formação havia sido importante para a sua prática e destacaram a questão da metodologia problematizadora, como um meio desinibidor de suas falas e facilitador do processo de aprendizagem. A pesquisa conclui que: *“(...) os aspectos metodológicos do processo ensino-aprendizagem são referidos de forma positiva e que o curso contribui para a reformulação de suas práticas profissionais”* (Cruz *et all*, 2004: 25).

Em contrapartida, os autores afirmam que a padronização dos currículos pelo Ministério da Saúde foi um fator dificultador das ações na escola do RN, já que não se aplicavam à especificidade regional. Esse pensamento se confronta com o de Santos, que afirma que a centralização curricular não se oporia à realidade regional (Souza e Santos, 1989).

O Projeto Larga Escala foi implementado durante dez anos e enfrentou dificuldades de várias naturezas, como comprova Ávila (2004): falta de reconhecimento legal do curso pelo sistema educacional, além da reduzida contrapartida do setor em relação ao repasse de verbas e o não estabelecimento de um Plano de Cargos, Carreira e Salários para o setor de nível médio. De acordo com a autora essas dificuldades enfraqueceram o projeto, resultando, nos últimos anos, num pequeno contingente de formados.

Em que pese a expansão do projeto não ter correspondido às necessidades do Sistema de Saúde brasileiro no período em que se instalou, os dados indicam que o Larga Escala avançou na organização dos processos de formação de nível médio, contornando uma proposta inovadora e construindo as bases para ciclos subsequentes da formação do trabalhador de nível médio para o SUS.

2.3. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, PROFAE, nasce em 2000, coordenado pelo Ministério da Saúde (Portaria 1262/GM/MS/1999), justificado pela recorrência da necessidade de qualificação dos atendentes e auxiliares de enfermagem. A grande expansão do sistema, a ausência de uma política pública voltada para a formação desse contingente, a consolidação do SUS com ampliação de suas ações, como por exemplo, na atenção básica, e a precarização dos vínculos de trabalho ocasionou uma recorrência do problema da não qualificação para o trabalho, apesar dos esforços do Projeto Larga Escala (Ávila, 2004).

No final dos anos 1990, estimou-se a necessidade de qualificar 225 mil trabalhadores na área de enfermagem, o que representaria na época, cerca de 30% dos trabalhadores de

enfermagem do país (Sório, 2000/2002; Silva, 2002). Desses 30%, aproximadamente 18% não possuíam ensino fundamental completo, considerado pré-requisito para a qualificação profissional. Nesse contexto, na análise de Sório (2002) à época era de que o PROFABE “*se propunha a suprir certas deficiências originais da oferta de oportunidades do sistema de ensino profissional e do próprio ensino geral, os quais em combinação com a situação social e de gênero desses trabalhadores, tiveram um efeito desastroso para a sua empregabilidade*” (p.22).

No primeiro cadastramento, realizado em 1999 pelo PROFABE, inscreveram-se 128.993 trabalhadores da área de enfermagem, abrangendo todos os Estados e 86% dos municípios do Brasil (4.717 municípios). O número corresponde a mais da metade da clientela estimada para os cursos de formação oferecidos pelo PROFABE (Ministério da Saúde, 2001). No primeiro momento, objetivou-se restringir a clientela àqueles trabalhadores que estivessem ativos no mercado de trabalho, mas ainda sem qualificação formal.

O PROFABE se estrutura, inicialmente, na Secretaria de Investimentos do Ministério da Saúde com o objetivo de “*(...) promover a melhoria da qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, por meio da redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado e apoiar a dinamização e regulamentação do mercado de trabalho no setor saúde*” (Sório, 2002:21).

A dimensão do PROFABE, enquanto proposta, pode ser avaliada pelas suas metas estabelecidas, a saber: qualificar 225 mil trabalhadores de enfermagem como auxiliares; promover a escolarização de 25% da clientela que não concluiu o ensino fundamental; especializar 12 mil enfermeiros como docentes para educação profissional em saúde na modalidade de Ensino à Distância (EAD); modernizar 26 Escolas Técnicas do SUS; criar um Sistema de Certificação de Competências dos Auxiliares de Enfermagem egressos dos cursos promovidos pelo PROFABE e criar um Sistema de Acompanhamento do Mercado de Trabalho em Saúde e do Mercado Formador.

Para atender às suas metas, o projeto se estruturou em dois componentes. O primeiro deveria promover a profissionalização e a escolarização dos trabalhadores e o segundo deveria garantir a sustentabilidade das ações de forma a evitar contratações profissionais sem qualificação, ampliar a oportunidade de formação de auxiliares de enfermagem e de outras

áreas, além da introdução de mecanismos e incentivos que promovessem a qualidade dos processos de formação.

Suas diretrizes e normatizações gerenciais e político-pedagógicas tiveram formulação central, mas com execução descentralizada. Portanto, participaram: escolas públicas e privadas, fundações universitárias, instituições de saúde, associações profissionais, entre outras, de forma a cumprir o desafio de capacitar os milhares de trabalhadores a que se propunha. Nas estratégias adotadas, o PROFAE buscou abranger o maior espectro de instituições formadoras, as operadoras/executoras, com a expectativa de prevenir o surgimento de um novo contingente de trabalhadores não qualificados oriundos de escolas não contempladas no programa, o que na avaliação de Sório (2002) permitiu mobilizar um aparelho formador heterogêneo, mas com resultados considerados significativos pela autora conforme relato a seguir:

“O grande desafio era mobilizar um aparelho formador heterogêneo e segmentado para uma ação concentrada (...) a forma descentralizada de execução produziu o desdobramento das salas de aula em um número significativo de localidades. A oferta de cursos com a utilização dessa estratégia, hoje [2002], atinge mais de 3 mil municípios e beneficia mais de 190 mil trabalhadores alunos” (Sório, 2002:25).

O PROFAE desenvolveu-se com forte diretriz descentralizadora na sua execução, embora as normatizações gerenciais e político-ideológicas fossem formuladas no nível central, dada a forte regulamentação profissional, imposta pelo COFEN. Foram criadas as Agências Regionais (AR), um ente externo, com a finalidade de acompanhar a execução local das turmas, uma singularidade do programa. Essa estratégia justifica-se pelo nível de capilaridade que se pretendia alcançar nas regiões mais interioranas do país, carentes de qualquer tipo de aparelho formador. As AR foram um importante dispositivo de articulação e mediação política no nível local.

Sório (2002) afirma que o PROFAE é um projeto inovador que envolveu uma grande diversidade de atores na implementação e execução de suas ações, com a possibilidade *“de analisar e criticar, em seu âmbito de atuação, o desenvolvimento do Projeto do qual fazem parte e que ajudam a construir”* (p.26). Segundo a autora, a elaboração de material didático

específico, a reforma curricular proposta pela Lei de Diretrizes e Bases, a experimentação de metodologias pedagógicas, a produção técnico-científica sobre a formação e a criação de estratégias e projetos locais para a formação em outras modalidades para outras categorias profissionais deram o tom inovador de sua proposta pedagógica.

Em seu processo de implementação, o PROFABE incorporou a noção de competência, assim assimilada por Ramos (2002), em seus comentários sobre essa estratégia adotada pelo projeto:

“No processo de trabalho em saúde, a competência profissional se assenta sobre o princípio da humanização do cuidado em sua dimensão ética, reconhecendo e valorizando a autonomia das pessoas a assumirem a própria saúde. Essa visão deverá contribuir também para a emancipação dos trabalhadores de nível médio, compreendendo-se tal emancipação como conquista da condição de sujeito coletivo e autônomo” (p.62).

Alguns nós críticos foram apontados por estudo recente (Ávila, 2004) sobre a implementação do PROFABE, concluída em 2004, principalmente no que diz respeito ao cadastramento do público-alvo, que, projetado para atendentes de enfermagem, auxiliar de serviços médicos, agentes de saúde e auxiliar operacional de serviços diversos, recebeu uma avaliação predominantemente negativa, estimada em 86%, o que trouxe problemas para a operacionalização do projeto, principalmente de natureza pedagógica *“(...) uma vez que seu planejamento teve de sofrer adaptações pois boa parte dos cadastrados não era de atendentes de enfermagem, o que impossibilitava o aproveitamento dos estudos” (p. 55)*. Para a autora, essa questão seria um importante fator que justificaria o alto índice de evasão dos alunos. O fato da clientela estar há tempos afastada dos bancos escolares também representou dificuldade para a consecução do processo de manutenção desta, além da histórica desimportância política destinada à formação profissional.

Além desse entrave, considerado central, outras questões foram pontuadas por Ávila (2004), como: a evasão e alta rotatividade dos docentes que se especializaram, escassez de tempo para a execução das atividades, baixa oferta de campos de estágio, morosidade na liberação de recursos financeiros e a lentidão da máquina pública.

Para Sório, a histórica falta de prioridade política referida à questão da educação profissional ainda é um desafio colocado à implementação do PROFAE. Mas, mesmo com possíveis entraves, para além de pressões corporativas ou políticas, o PROFAE se insere no cerne da implantação de uma política nacional de recursos humanos como uma política pública, como afirma a análise de Vellozo (2001) referindo-se ao Projeto:

“(...) é oportuno situá-lo no conjunto de respostas engendradas pelo Estado brasileiro, a partir de meados da década de 90, a fim de responder à pesada herança social brasileira, tanto no que diz respeito ao combate à pobreza, à melhoria do acesso e das condições de saúde, quanto à ampliação da oferta pública de qualificação profissional” (Vellozo, 2001:129).

O resgate dos registros efetuados nas documentações examinadas permitiram identificar que em 2002 o PROFAE contava com 91.730 alunos de Qualificação Profissional de Auxiliares de Enfermagem, 30.493 cursando a Complementação para Técnicos de Enfermagem, 7.489 concluindo a escolarização fundamental e 60 mil trabalhadores formados como auxiliar de enfermagem em todo o Brasil (Sório, 2002:27).

A atualização desses dados em 2004 dá conta de que em 42 meses de operacionalização do Projeto, os números já somam 148.656 alunos formados como auxiliares e técnicos de enfermagem; 12.000 trabalhadores concluíram o ensino fundamental e 70.000 trabalhadores estavam em processo de formação nesse período (Ministério da Saúde, 2005)

Um balanço apresentado no relatório citado expressa que 91% da meta original do Projeto já foi alcançada até julho de 2005, registrando também que sobre esses números foi efetuada uma matrícula de 30.000 alunos em junho de 2004, estimando que seria alcançada a meta de 100%, quando esses alunos tiverem concluído seu processo de formação. Os resultados apresentados são atribuídos ao envolvimento de aproximadamente 300 escolas de educação profissional, distribuídas entre escolas técnicas próprias do setor da saúde (10%), escolas técnicas estaduais e federais próprias do setor da educação (22%), escolas técnicas de saúde privadas (58%) e escolas do Sistema S (10%) (Ministério da Saúde, 2005).

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem encontra-se em fase de finalização do componente de qualificação profissional e escolarização dos

trabalhadores da área de enfermagem e, segundo orientação da SGTES à época, com o encerramento desse componente do PROFAE, a formação em educação profissional em saúde, nas diversas áreas profissionais, deveriam ser pactuada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Entre os objetivos iniciais do PROFAE no que se refere ao desenho do sub-componente de fortalecimento das Escolas Técnicas, estavam previstas mudanças que assegurassem a flexibilidade e autonomia funcional, administrativa e financeira das ETSUS; o desenvolvimento de processos de capacitação técnico-gerencial dirigidos ao pessoal dirigente das ETSUS e àqueles que faziam parte dos órgãos de gestão do trabalho e da educação, nas secretarias de saúde; a dotação das ETSUS de instrumentos técnicos de planejamento, gestão, controle e avaliação, bem como de sistemas de informação com equipamentos, softwares e recursos de comunicação necessários para a sua gestão e de desenvolvimento da qualidade docente, elementos que se expressaram em ações condutoras do Projeto (Ministério da Saúde, 2005).

Nos anos recentes, o projeto de modernização e fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS conta com um processo de gestão em Rede ancorado numa coordenação do Ministério da Saúde através do DEGES/SGTES/MS e apoiado pela Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), sediada na Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fiocruz (Ministério da Saúde, 2005).

O projeto de fortalecimento das ETSUS está organizado no Ministério da saúde em linhas de trabalho traduzidas em projetos assim referidos: Desenvolvimento Gerencial das ETSUS; Projeto Político-Pedagógico das ETSUS; Implantação e consolidação da Rede de Escolas Técnicas do SUS - RETSUS; Estudos e propostas para a flexibilização das ETSUS existentes e Implantação de 11 novas ETSUS no país (Ministério da Saúde, 2005). A finalização do projeto não aponta para a sua interrupção, ao contrário, a constituição do seu modelo já propicia em 2005 a discussão de inclusão das outras categorias profissionais em processo similar de profissionalização.

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Com base na revisão documental foi possível reconstruir alguns fenômenos relacionados à formação de trabalhadores no sistema de saúde brasileiro e, com essas referências proceder a uma análise da evolução dessas políticas que se relacionaram com a temática da educação permanente, até sua constituição enquanto política no interior do SUS. Seus resultados giram em torno da consolidação de uma matriz de concepção que se reflete na construção e atualização do estado da arte da educação na saúde.

Conforme apresentado no quadro teórico, a análise dos projetos que adotaram a linha pedagógica da problematização aponta para a educação que favorece a participação ativa dos sujeitos educandos e educadores, o despertar da consciência, a reflexão sobre a realidade e criatividade para sua transformação. Assim, como explicitado na PNEPS é “(...) *a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação (...)*” (Brasil, 2004:9).

Também conforme apresentado no quadro teórico a concepção problematizadora é aquela capaz de libertar o homem da opressão imposta pelo próprio homem (Freire, 2004). O projeto Larga Escala apresenta identidade com este pensamento, quando, em sua elaboração buscou valorizar o pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade social, de vida e trabalho do seu público alvo, além do aporte técnico de conhecimentos. Do mesmo modo, esta concepção se reflete na política de EPS, em que a valorização do trabalhador é vista como “*instrumento essencial da atenção à saúde e à criação de vínculos dos trabalhadores com a população (...)*” (Brasil, 2005: 9).

A preocupação com a organização do ensino por temas interdisciplinares e integrados foi tema da 5ª CNS, realizada em 1975. Nesse período, estava presente no interior do Sistema Nacional de Saúde, e também na Escola Nacional de Saúde Pública, o debate da descentralização e da necessária expansão do sistema de saúde. Esta se tornou mais sistematizada no Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, no Programa de Cursos Descentralizados coordenado pela ENSP e nos debates internacionais mediados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Nunes, 1998). A implementação do PPREPS, que se dá posteriormente a esse período, já sugere mecanismos de orientações

descentralizadoras da formação, incentivando o uso de metodologias adequadas ao processo. A atual política de educação para o SUS vincula a capacidade inovadora de suas iniciativas à construção de “*políticas de formação e desenvolvimento com bases locais*” (Brasil, 2004:14). Sua operacionalização se dá, principalmente, por meio da implantação e implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Algumas concepções que emergem da implementação do PPREPS, passaram a integrar programas de formação dos trabalhadores do nível médio, quando foram introduzidos os processos educativos problematizadores nos serviços, objetivando “*a criação de novas tecnologias e a participação dos treinandos na construção de modelos alternativos de assistência*” (Sório, 2002:50). Na revisão realizada é possível observar que a formação em massa de pessoal de nível médio, estimulada pelo PPREPS, possibilitou a construção de ações inovadoras, transformadas em projetos como o Larga Escala. Possibilitou, também, um movimento expansionista e de estímulo à profissionalização das estruturas estaduais de formação de recursos humanos, em todos os Estados da União e tratou de pensar uma articulação entre os serviços e o sistema formador na elaboração de programas de formação (Brasil, 1993b). O PPREPS reconhece e enfatiza a integração ensino-serviço para a formação adequada às reais necessidades da população e qualidade do serviço. Nas palavras de Sório (2002), a partir do PPREPS foi concebido o tripé para a formação de nível médio que orientou as políticas posteriores: garantia do acesso da população aos serviços, garantia da qualidade dos serviços e garantia do reconhecimento dos trabalhadores. É o que se observa na diretriz que afirma a aprovação da PNEPS pelo Conselho Nacional de Saúde, quando assinala que o incentivo à formação, com o domínio de tecnologias apropriadas, qualifica a atenção à saúde (Brasil, 2004).

A 7ª CNS realizada em 1980 destaca a educação continuada, elegendo-a como tema específico de aprofundamento. Nesse contexto se intensificam os debates da expansão dos serviços básicos de saúde, segundo recomendações da Conferência de Alma-Ata realizada em 1978, onde a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito dos serviços ganha relevância. Vale ressaltar que a 7ª CNS se realiza tendo apenas representações institucionais entre seus participantes, mas defende a ampla participação social na construção do novo sistema (Brasil, 1993c). O PPREPS e o Larga Escala são frutos dessas proposições transformadoras das práticas dos serviços de saúde, mais adiante incorporadas na PNEPS: “*identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e*

construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social (...) (Brasil, 2004: 5).

A implantação do Projeto Larga Escala (1981) coincide com o período de abertura política do país, em que as manifestações de resgate da cidadania já integravam diversos movimentos de participação popular. A metodologia do Larga Escala, em sua dimensão política propunha: “(...) *viabilizar a formação para a cidadania plena através da legitimação social de sua prática e sua qualificação específica*” (Santos e Souza, 1989:64). Tal formulação expressa um ideário bastante presente no contexto de redemocratização do país, quando a expressão *Saúde e Democracia* foi adotada pelo movimento sanitário da época, como guia dos movimentos de reforma do setor.

Na estruturação das equipes de saúde, o domínio dos profissionais de nível superior, sobre os de nível médio, se constitui em uma questão sempre discutida e problematizada no âmbito da educação na saúde. Esse debate está diretamente relacionado à divisão técnica e social do trabalho em saúde, onde se revela o poder de transferir na estruturação das práticas, de forma assimétrica, entre os profissionais. À essa realidade, presente nos serviços, se confronta a diretriz da NOB/RH-SUS, quando assinala que assim como as esferas de gestão e de gerência “*os prestadores de serviços de saúde implantarão e implementarão, imediatamente, processos de planejamento ascendentes e descentralizados dos serviços de saúde, bem como metodologias de gestão colegiada, propiciando a participação efetiva de diferentes níveis e segmentos (...)*” (Brasil, 2005:48).

O Projeto Larga Escala introduziu uma nova lógica de formação dos trabalhadores de nível médio do setor. São reiteradas as referências a uma proposta problematizadora das situações de vida e trabalho dos alunos-trabalhadores convidando-os a participar ativamente de seu processo de aprendizagem, a partir de suas percepções da realidade, assim sumarizado em documento da área “*o sujeito tem voz ativa, o instrutor coloca-se como um coadjuvante que organiza e facilita essa construção*” (Brasil, 1991:33). Podemos considerar que a semente de modalidades operacionais desta “ideologia pedagógica” germina com propostas como a da Roda.

“Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da Roda. A noção de gestão

colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistência respectivamente” (Brasil, 2004:15).

Propostas como a Roda são capazes “*de provocar mudanças nos processos de formação (...) não mais construídas isoladamente e nem de cima para baixo (...) parte de uma grande estratégia articulada entre si, a partir da problematização das realidades locais (...)*” (Brasil, 2005b:7).

Elementos de integração ensino-serviço, tidos como objetivos do PIASS e do PPREPS, são reiterados na 8ª CNS e na 1ª CNRH, assumidos como diretriz do Larga Escala e do PROFAE e, finalmente, incorporados como política de Estado pela PNEPS.

“Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola” (Brasil, 2004: 6).

A evolução do processo de estruturação do SUS incorpora, na segunda metade da década de 1980, o componente da municipalização, e com ele aquece-se a discussão sobre o fortalecimento do nível local. Em 1990 é sancionada a Lei 8080 e em 1992 realiza-se 9ª CNS que em sua pauta destaca como indispensável a formulação de uma política de RH para a efetiva implementação do SUS. Entre os seus elementos constitutivos, a conferência inclui: garantir no nível local de gerenciamento do SUS uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores de saúde que possibilite uma atuação ética, de elevar o nível técnico e não-alienação dos trabalhadores de saúde, institucionalizando programa de repasse contínuo de informação, capacitação e atualização. Além disso, garantir a formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral que atuem em equipes multiprofissionais nas unidades do SUS (Brasil, 1993c). Este pensamento

está presente como pressuposto da PNEPS:

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõem-se que os processos de capacitação de trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho” (Brasil, 2004:12).

Um dos obstáculos para a efetiva implementação do Larga Escala foi a falta de importância política dada pelo poder público. Esse dado está ilustrado pela fala do documento do MEC, Escolas Técnicas de Saúde – Subsídios para a sua Implementação, quando afirma que apesar dos CEFORH serem estratégicos para o projeto, quando estes se encontravam num espaço físico interno a uma instituição, eram rapidamente desativados se aquela instituição julgasse necessário ocupar aquele espaço para outras atribuições, numa completa fragilização de uma estrutura tão estratégica para o avanço de projeto de formação dos trabalhadores em questão. O reconhecimento dessa realidade abriu espaço para o debate acerca do papel das escolas de formação para o nível médio e viabilizou a transformação dos Centros Formadores (CEFORH) em Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), hoje reforçadas como pólos centrais na educação para o SUS, considerado na PNEPS.

“A criação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) se dá no espaço do Sistema Único de Saúde e representou um avanço ao consolidar, por um lado a articulação dos Ministérios da Educação e da Saúde e pela criação de um espaço permanente de formação de pessoal de nível médio, definindo também esse espaço como privilegiador da reflexão do trabalho, acima da pura e simples certificação técnica, comprometido com a qualidade dos serviços de saúde e com o perfil epidemiológico da população” (Ministério da Saúde, 2005:94).

A formação de docentes, de acordo com a proposta político-pedagógica, anteriormente adotada pelo Larga Escala e PROFAE é considerada estratégica para o desenvolvimento da política. Encontram-se em formação, atualmente, odontólogos, nutricionistas, médicos e

administradores, entre outras categorias. A formação para outras categorias técnicas como Técnico em Higiene Dental (THD), Agente Comunitário de Saúde (ACS), Técnicos de laboratórios, entre outras, desenvolve-se seguindo os princípios metodológicos problematizadores das Escolas Técnicas de Saúde (Ministério da Saúde, 2005: 94).

A implantação do PROFABE, em 2000, previa a utilização das Escolas Técnicas do SUS e seu desenvolvimento teve como um dos pilares de sustentação esse espaço privilegiado. A expansão das Escolas Técnicas, durante a década de 1990, pode ser considerada um dos indicativos de que a política assume a estruturação da formação de nível médio no âmbito do Estado (ANEXO 4).

Nas atividades curriculares integradas, utilizadas nas Escolas Técnicas nas propostas do Larga Escala e do PROFABE, os alunos participam da organização e desenvolvimento do conteúdo e da elaboração do material didático, resgatando o princípio da aprendizagem significativa para o trabalho. Essa tecnologia pedagógica foi utilizada na Formação dos Facilitadores de Educação Permanente para o SUS, como estratégia de capilarização da educação permanente no país. O público alvo desta formação contempla a diversidade dos atores do sistema de saúde, entre eles, gestores, trabalhadores, estudantes e conselheiros de saúde. A proposta metodológica desta formação, baseada na problematização, foi norteadada pela pergunta sobre os “problemas que afastam a região da integralidade na saúde” (Brasil, 2005a). Tal proposta também pode ser observada como o primeiro passo para a montagem da proposta metodológica do Larga Escala “*baseada na problematização de situações de vida e trabalho dos alunos trabalhadores*” (Silva, 2002:389). Assim como é observável a proposta problematizadora também identifica-se a proposta de aprendizagem significativa na elaboração do material didático “*que lhes permita cursar o currículo formal, organizado especialmente para esta clientela*” (Silva, 2002:389). Essas ações indicam um caminho de pioneirismo, enquanto projeto de ampla magnitude, coloca-o como paradigmático na elaboração de projetos subsequentes, seja na vertente de escala, propriamente dita, seja na vertente metodológica, e contribuindo para uma organização descentralizadora desse nível de ensino.

Na formação de docentes, especialmente formados para atuarem dentro das propostas pedagógicas da problematização, do mesmo modo, a PNEPS incorpora a estratégia de formação de tutores, nas modalidades presencial e à distância, que são incorporados ao

desenvolvimento da política como linha de docência. Sobre o mesmo tema, Marques (2002) avalia que, na formação curricular, as competências profissionais, implementadas pelo PROFAE,

“são construídas pelos próprios trabalhadores, como sujeitos deste processo e que tanto os espaços formativos quanto as organizações de trabalho deverão se construir em ‘instância qualificadoras’, propiciando aos alunos condições de participação, diálogo, de negociação e intervenção” (Marques, 2002:19).

Para a autora, a formação na perspectiva de competência coloca o desafio da construção de estratégias pedagógicas e a reflexão do papel da escola na superação das tradicionais pedagogias tecnicistas, abrindo-se *“para o trabalho, para a realidade, incorporando o fato de que os saberes são sempre contextualizados”* (Marques, 2002:19). Essa estratégia pode ser considerada como idéia-força na indução de políticas públicas de formação desenvolvidas no âmbito federal. Tal resultado pode ser observado na última versão da NOB/RH-SUS de 2005 que atribui como responsabilidade nos três níveis de gestão do SUS a implementação de sistemas de certificação de competência profissional dos egressos dos cursos de qualificação profissional. Seu relatório reitera o papel das Escolas Técnicas do SUS quando sugere aos gestores das três esferas *“garantir e incentivar a formação dos trabalhadores do SUS de nível básico, técnico e superior, utilizando a metodologia, experiência e infra-estrutura das escolas de governo vinculadas às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (...)”* (Brasil 2005: 54).

Diante disso, analisamos que o acúmulo das experiências em educação na saúde, em especial as de nível médio, permitiram o amadurecimento de ações e estratégias descentralizadoras e problematizadoras para a gestão da educação na saúde trazendo como resultado uma política de Estado, assim referida pela PNEPS:

“A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede (...) em que todas as ações e serviços sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações” (Brasil 2004:13).

CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das experiências evidencia o importante papel desempenhado pelo PPREPS na incorporação do processo de planejamento nas políticas de educação na saúde para o setor, criando uma cultura que influencia a elaboração dos projetos subsequentes, como o Projeto Larga Escala e o PROFAE com resultados também evidentes na concepção da PNEPS.

Os três objetivos do PPREPS, de preparação em massa do pessoal de nível médio, de apoio às regiões docentes assistenciais e de estabelecimento de sistemas estaduais de recursos humanos, possibilitou a criação de um arcabouço que favoreceu a implementação de novas políticas na área. Nessa linha, também se destaca a articulação interinstitucional presente nas experiências analisadas por essa investigação.

É possível identificar uma trajetória cumulativa nestes projetos. O PPREPS introduz a idéia de processos educativos nos serviços de saúde; o Larga Escala se constrói com essa característica principal; o PROFAE o absorve e aperfeiçoa; e, por fim, a PNEPS reconhece a idéia da educação em serviço como centro de suas formulações.

Também no PPREPS é possível observar uma tendência à absorção do ensino com formatos curriculares integradores, tendo no Larga Escala uma expressão concreta na proposta de currículos integrados. Essa construção foi absorvida pelo sistema de formação, que desde então tem formatado programas que procuram superar o caráter disciplinar. Tal procedimento está refletido na PNEPS quando toma a integralidade como seu princípio norteador.

Por sua vez, a descentralização se firmou como um princípio do Sistema Único de Saúde instituído por Lei, em 1990. No campo da formação de trabalhadores para a saúde é possível observar a estruturação inicialmente dos Centros Formadores pelo Projeto Larga Escala, seguidos das Escolas Técnicas do SUS, âncoras tomadas como fundamentais na implantação da PNEPS, que toma o espaço regional como privilegiado para esta articulação. A PNEPS adota os Pólos de Educação Permanente como estruturas descentralizadas de planejamento e ação junto ao sistema local de saúde.

Os resultados revelaram ainda um debate entre as propostas de educação continuada e permanente que estiveram presentes em diferentes fases da formulação das políticas em apreço. As propostas de educação continuada estiveram presentes no contexto de expansão do setor, sendo superadas ao longo do tempo pelos aportes doutrinários que vieram se construindo no processo de implementação dos projetos e no debate nacional e internacional sobre esses temas.

A proposta de educação permanente para o SUS se propõe ainda a promover a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e das capacidades docentes, o enfrentamento criativo das situações de saúde, o desenvolvimento do trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanente da qualidade do cuidado e a constituição de práticas tecnológicas éticas e humanísticas. A problematização, sua diretriz pedagógica, além de propiciar o desenvolvimento integral do indivíduo, é também, na análise de Bordenave, aquela capaz de promover maior autonomia e independência social, política e econômica, pertinentes em países como o Brasil, cujo cenário acumula os conflitos da flexibilização produtiva levantada por Motta, do descompasso entre a formação e o perfil requerido pelo mercado de trabalho contemplado por Feuerweker e dos desafios de gestão analisados por Pierantoni.

Tanto quanto as possibilidades é preciso apontar limites à implementação da Educação Permanente pelas instituições de saúde, a começar pelas suas diferentes interpretações e baixa apropriação de seu conceito. Além disso, a cultura das organizações de saúde, de tendência centralizadora e verticalizada, num ambiente de disputas políticas, acarreta sua baixa institucionalização e descontinuidade da implementação. Além das dificuldades apresentadas pelo sistema de saúde, o próprio sistema educacional baseia-se numa pedagogia hegemonicamente tecnicista e de transmissão, formando profissionais não preparados para trabalhar com pedagogias ativas.

A revisão da literatura revelou que os trabalhadores que operam as atividades-meio são representantes das classes econômicas menos favorecidas, desprovidas de qualificação técnica específica e também apontou para a ausência de políticas positivas de gestão do trabalho. É importante ressaltar que os projetos Larga Escala e PROFAE representam esforços cumulativos no sentido de reverter esse quadro, proporcionando formação com titularidade a

esses agentes.

As experiências analisadas revelaram que os aspectos relacionados a seguir, presentes na PNEPS já integravam as propostas do Projeto Larga Escala e do PROFAE:

- Substituição da cultura de treinamentos emergenciais pela formação profissional;
- Avanço na área de produção de materiais pedagógicos;
- Afirmação do trabalho como eixo estruturante do processo de formação;
- Fortalecimento do aparelho escolar como apoio à formação;
- Formação de docentes para a área do ensino profissional;
- Valorização da prática como locus privilegiado da formação e como base da qualificação e requalificação permanente do trabalho e do trabalhador;
- Superação da baixa escolaridade de um contingente expressivo de trabalhadores de nível médio;
- Valorização do trabalho em equipe, dos temas integradores e da integralidade em saúde.

Finalmente, vale ressaltar que o processo de produção dessa investigação revelou que a área de Gestão do Trabalho e da Educação, atualmente estruturada no Ministério da Saúde, incorporou e avançou nas contribuições das experiências aqui discutidas e analisadas. O que se espera, é que os atores compreendidos no Quadrilátero da Educação Permanente, a saber, gestão, atenção, instituições formadoras e controle social, sejam capazes a problematizar de forma articulada suas ações, na busca de soluções aos desafios colocados para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1º Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política de formação em saúde, 9 a 11 de dezembro de 2002: relatório geral / Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

AGUIAR NETO, Zenaide e SOARES, Cássia Baldini. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jul./ago. 2004, vol.12, no.4, p.614-622. ISSN 0104-1169.

ÁVILA, S.A., 2004. Análise do processo de implementação do PROFAE: insights para a construção de uma política pública inovadora de profissionalização em nível médio para o setor saúde. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 163 p.

BERTUSSI, D.C.; ALMEIDA, M.J. A Influência de um Projeto de Intervenção no Campo de Recursos Humanos em Saúde: projeto GERUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 105-184, 460p.

BORDEVANE, J.E.D. Alguns Fatores Pedagógicos. IN: SANTANA, J.P. (Org). Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU). Natal: EDUFRN, 1999, p. 261 – 268, 452p.

BRASIL, 1995. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Política de Recursos Humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 33p.

BRASIL, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 2ª ed. Atualizada até a EC nº38, de junho de 2002 - Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2002.

BRASIL. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL (2004), Política Nacional de Educação Permanente, Portaria nº 198 GM / MS, 13 de fevereiro de 2004. Brasília

BRASIL (2004b), Ministério da Saúde, Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL 1993d. II Conferência Nacional de Recursos Humanos. In, Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS - V.1, N.1 - Brasília, 1993. 60p.

BRASIL 2005^a. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão do trabalho e da Educação na saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação Permanente em saúde; Unidade de Aprendizagem - análise de contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil.

BRASIL(1996). Conferência Nacional de Saúde, 10^a, Brasília. Relatório Final, 1996. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

BRASIL, (2004c). 12^a Conferência Nacional da Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, 1976. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - Programa de Trabalho. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura.

BRASIL, 1987. Conferência Nacional de Saúde, 8^a, Brasília, 1986. Anais/8^a Conferência Nacional de Saúde, 1986 - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

BRASIL, 1991. Souza, A.M.A et al - Processo educativo nos serviços de saúde. BRASÍLIA, OPS, 1991. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº1

BRASIL, 1993. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde:1941-1992 - Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993. 218 p.

BRASIL, 1993^a . Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documento III. RJ, Secretaria Técnica da CNRS, 1987. (pp.27-35) In: A Questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992 - Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993.

BRASIL, 1993b. I Conferência Nacional de Recursos Humanos - Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

BRASIL, 1993c. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde:1941-1992 - Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993. 218 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial N^o. 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/promed/portaria.asp>>. Acesso em 11 set 2005.

BRASIL, 2003. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS - 2. ed., ver. e atual. - Brasília, 2003.

BRASIL, 2003a Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH - SUS), Brasília, DF.

BRASIL, 2005. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - 3. educação. rev. atual. Brasília, DF.

BRASIL, 2005b. A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer/Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento da Gestão da Educação na Saúde – Brasília:

Editora do Ministério da Saúde.

CASTRO, Janete Lima de. Izabel dos santos: a arte e a paixão de aprender fazendo / Janete Lima de castro, José Paranaguá, Roberto Passos Nogueira. Natal (RN): Observatório RH NESC / UFRN, 2002. 128p.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Comunicação, Saúde, Educação v.9, n.16, p.161-77, set 2004/fev.2005

CRUZ A.L.V.S., Santos J.M., Ximenes Z.A. - A profissionalização do auxiliar de enfermagem pelo CEFOPE: um estudo avaliativo realizado no município de Caicó - RN. Monografia de Especialização apresentada na Universidade Federal do RN. Natal - RN, 2000.

CYRINO, E. G. e Torrales. P, M, L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, maio/jun. 2004, vol.20, nº 3, p.780-788.

DAVINI, M.C - Bases Metodológicas para la Educacion Permanente Del Personal de Salud. - Organizacion Panamericana de la salud. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1989.

DONNÂNGELO, M.C.F. & PEREIRA, L., 1976. Saúde e Sociedade, Duas Cidades. ensino, gestão, atenção e controle social, Brasília, 2004.

FAVERET, P. & OLIVEIRA, P.J., 1990. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Planejamento e Políticas Públicas, nº 3, pp:139-162, IPEA.

FEUERWERKER, L.C.M. & SENA, R., 1999. A Construção de Novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social. In: Educação dos profissionais na América

Latina: teoria e prática de um movimento de mudança / São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

FEUERWERKER, LM e CECCIM, RB, O quadrilátero da formação para a área da saúde: Formação / Ministério da Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - Vol.1, n.1 (2001) - Brasília: Ministério da saúde, 2001 - Quadrimestral

FREIRE, P., 1987. Pedagogia do Oprimido, 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

FURTER, Pierre. “Comunicação e Educação: Repensando os Paradigmas”. Mimiografia apresentada durante o XIX Congresso Brasileiro de Comunicação Social, organizado pela ABT – Associação Brasileira de Tecnologia Educacional e UCB – União Cristã Brasileira de Comunicação Social, no Rio de Janeiro, novembro de 1995

GERSCHMAN, S. (Org.); TRINDADE, Nírosia (Org.); EDLER, Flavio (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. v. Um. 502 p.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, R.B.M., 1994. Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo, Ed. HUCITEC, ABRASCO, São Paulo.

HADDAD, Jorge Q., Maria Alice Clasen Roschke, Maria Cristina Davini. Educación permanente de personal de salud /. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p.

JAEGER, M.L., CECCIM, R. B. & MACHADO, M.H., 2004. Gestão do Trabalho e da Educação. Revista Brasileira de Saúde da Família, Edição especial: 86-103, 2004.

MARQUES, C.M.S As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. In: Formação / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - V.2, n.5, 2002. - Brasília: Ministério da saúde, 2002

MARSIGLIA, R.G., 1995. Dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. Ed. Hucitec, São Paulo.

MERHY, E.E., O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.16, p161-177, set.2004/fev2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC. 8ª. Edição, 1992.

Ministério da Educação s/d. Escolas Técnicas de Saúde - Subsídios para a sua Implantação.

Ministério da Saúde (2003). Fórum Nacional do Profae (1.:2002:Brasília, DF) 1º Fórum Nacional do Profae: construindo uma política de formação em saúde, 9 a 11 de dezembro de 2002: relatório geral / Ministério da saúde; relatoria geral: Janete Lima de Castro (coordenadora), Maria Inês Martins, Rosana Lúcia Alves de Vilar - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Ministério da Saúde, 2001. Conselho Nacional de Educação reconhece o nível técnico para a qualificação profissional de auxiliar de enfermagem. Formação/Ministério da Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - vol. 1, n 1 (2001) - Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, 2005. Relatório de Desempenho do Departamento da Gestão da Educação na Saúde (2004/2005). DEGES/SGTES/Ministério da Saúde.

MOREIRA, C. O. F. Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey - Bragança Paulista: EDUSF, 2002, 217p.

MOTTA, J.I.J, BUSS, P. & Nunes, T.C.M., 2001. Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. Olho Mágico - Vol. 8 - Nº 3 set./dez.2001.

MOTTA, J.I.J., 1998. Educação Permanente em Saúde: Da política do Consenso à Construção do Dissenso. Dissertação apresentada ao Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da

Universidade Federal do Rio de Janeiro, para obtenção do grau de mestre em Educação em Saúde.

NUNES, T.C.M . A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na Área de Saúde Pública a Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, dezembro de 1998.

NUNES, T.C.M Formação Profissional em Saúde, In: Radis Comunicação em saúde, Nº3, outubro de 2002

NUNES, T.C.M (2004). Educação Permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. Cadernos da ABEM, Associação Brasileira de Educação Médica. Coletânea de Artigos e Entrevistas publicados nos Boletins Informativos da ABEM 2002/2004. volume 1, maio, 2004.

PAIM, J.S., Nunes, T.C.M (1992) - Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva - Cad. de Saúde Públ., Rio de Janeiro, .8(3):262-269, jul/set, 1992.

PAIM, J.S., Saúde, crise e Reformas. – Salvador: centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 254p

PIERANTONI, C.R., 2002. In: O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio / Barjas Negri e Ana Luiza d'Ávila Viana. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. 623p

QUINTANA P.B., Roschke, M.AC., Ribeiro E.C.O - Educacion permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In Educacion Permanente de personal de salud - Serie Desarrollo Recursos Humanos n.100. Organizacion Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p

Rede Unida. A Rede. <http://www.redeunida.org.br> (acessado em 11/Jan/2006)

RIBEIRO, E.C.O, Motta J.I.J, Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços. Divulgação em Saúde pra Debate, n.12, p.39-44, julho/1996.

- SANTANA, J.P., 1994. Perspectivas para a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. Brasília, OPAS, 1994. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº5.
- SANTOS I., Souza, A.A. Formação de Pessoal de nível médio pelas instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. Ver. Saúde em Debate - Março, 1989.
- SAVIANI, D. As teorias da Educação e o Problema da Marginalidade. Escola e Democracia 14ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.
- SILVA, J.A. (2002) Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho/Organizado por Barjas Negri *et al.* Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2002.
- SÓRIO R.E.R Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de saúde do Sistema Único de saúde In: Formação/Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - V.2, n.5, 2002. - Brasília: Ministério da saúde, 2002
- SÓRIO, R.E.R.,2002a. Inovações no Campo da Gestão de Projetos Sociais: Uma Reflexão à Luz da Experiência do PROFAE, in: PROFAE: Educação Profissional em Saúde e Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde.
- SOUZA, A. M. A; GALVÃO, E.A; SANTOS, I; ROSCHKE, M.A. *Processo Educativo nos Serviços de Saúde*. Brasília: OPS, Série Desenvolvimento de Recursos Humanos no. 1, 1991.
- TAVARES, C.M.M, SILVA J.P.V. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trabalho, Educação e saúde, v.2 n.2 p.271-285, 2004.
- VELLOZO, V. PROFAE: intenção, gestos e dinâmicas locais: projeto de pesquisa, Rio de Janeiro, 2001. In: PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania. Janete Lima de Castro (organizadora) Brasília: Brasil, Ministério da saúde, 2002.
- WANZELER, M.C. e MOTTA, J.I.J. Caminhos Estratégicos para implantação de sistema de EPS/Pólo de Formação. Capacitação e Educação Permanente para o profissional de Saúde da

Família - PB - Projeto EPS POLO na Paraíba, 2002.

ZANOTTO, Maria Angélica do Carmo e DE ROSE, Tânia Maria Santana. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educ. Pesqui.* [online]. jan./jun. 2003, vol.29, no.1 [citado 05 Março 2006], p.45-54. Disponível na World WideWeb:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022003000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-9702.

ANEXOS

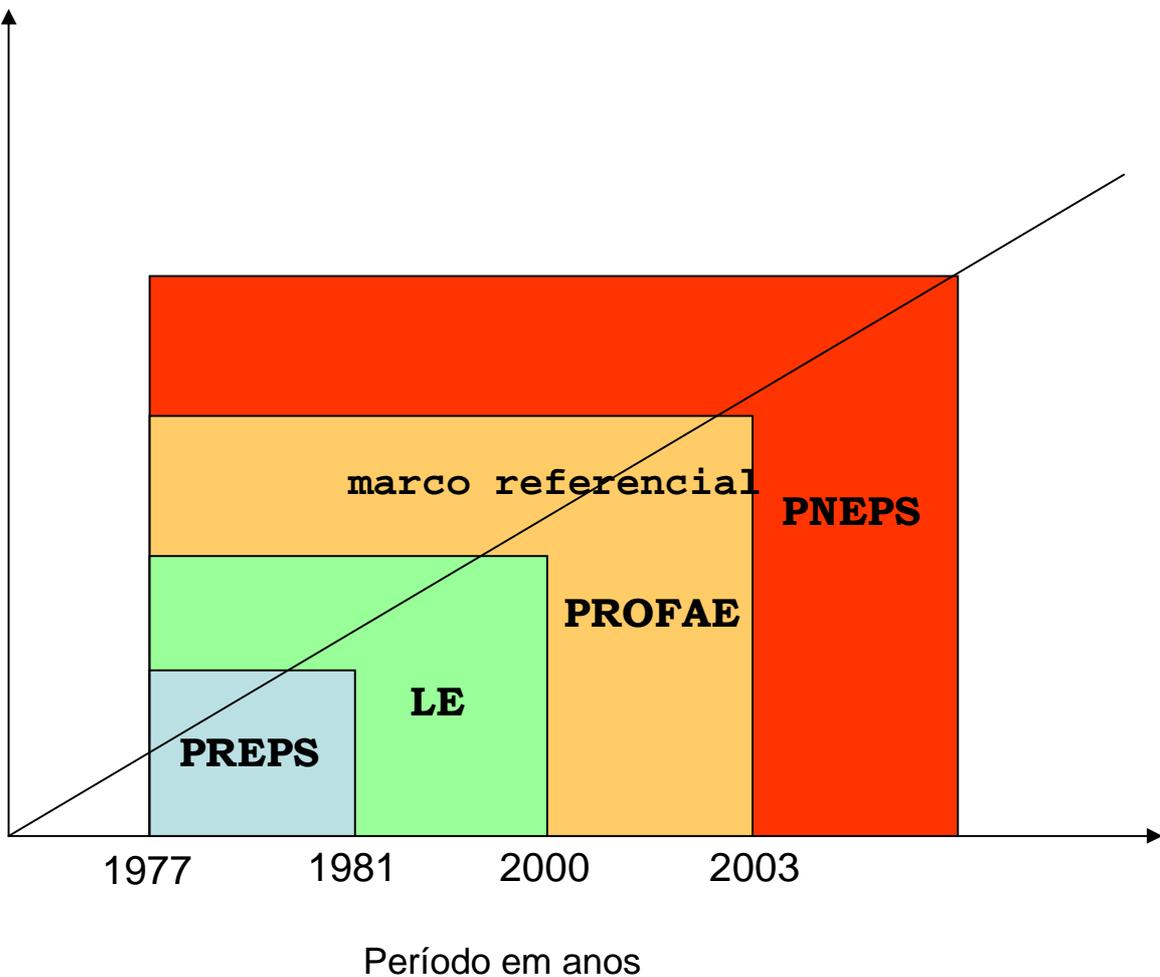
ANEXO I

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Público alvo	<ul style="list-style-type: none"> • uniprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> • multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • prática autônoma 	<ul style="list-style-type: none"> • prática institucionalizada
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> • temas de especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> • problemas de saúde
Objetivo Principal	<ul style="list-style-type: none"> • atualização técnico-científica 	<ul style="list-style-type: none"> • Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> • esporádica 	<ul style="list-style-type: none"> • contínua
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • pedagogia de transmissão(geralmente através de aulas, conferências, palestras; em locais diferentes dos ambientes de trabalho) 	<ul style="list-style-type: none"> • pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuada nos mesmos ambientes de trabalho).
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • apropriação passiva do saber • científico aperfeiçoamento das práticas individuais 	<ul style="list-style-type: none"> • mudança institucional • apropriação ativa do saber científico • fortalecimento das ações em equipe

Fonte: BRASIL (2004b)

ANEXO II

Desenho Esquemático da Construção da Dissertação



- **PREPS:** Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde
- **LE:** Projeto Larga Escala
- **PROFAE:** Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
- **PNEPS:** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

ANEXO 3

##ATO PORTARIA Nº 1.168/GM DE 7 DE JULHO DE 2005.

##TEX Redefine os objetivos da RET-SUS e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e considerando a necessidade de fortalecimento da educação profissional dos trabalhadores de saúde, tendo em vista o atendimento das demandas do Sistema Único de Saúde - SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º A Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde - RET-SUS, instituída pela Portaria nº 1.298/GM, de 28 de novembro de 2000 (DOU. de 29 de novembro de 2000), passa a funcionar com os seguintes objetivos:

I - compartilhar informações e conhecimentos;

II - buscar soluções para problemas de interesse comum;

III - difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional dos trabalhadores do SUS; e

IV - promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no País, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.

Art. 2º Atualmente, a Rede de Escolas Técnicas do SUS está funcionando com as instituições relacionadas no Anexo desta Portaria – Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS.

Art 3º Poderão ser admitidas na RET-SUS outras instituições públicas formadoras mediante aprovação da Comissão Geral de Coordenação da Rede.

§ 1º A formalização da integração da instituição formadora à RET-SUS será feita a partir de iniciativa da respectiva mantenedora, por intermédio de ofício endereçado à Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES do Ministério da Saúde - MS.

§ 2º A Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS levará em conta, principalmente, os seguintes critérios para aprovar o ingresso de outras instituições na Rede:

I - ser legalmente reconhecida;

II - participar dos Pólos de Educação Permanente;

III - ter articulação com a gestão local do SUS;

IV - ter experiência de formação profissional em saúde; e

V - ter regularidade na oferta de cursos de educação profissional em saúde.

§ 3º Os casos omissos serão analisados pela Comissão-Geral de Coordenação.

Art. 4º O funcionamento da RET-SUS contará com a seguinte estrutura:

I - Comissão Geral de Coordenação; e

II - Secretaria Técnica.

§ 1º A Comissão Geral de Coordenação fará a condução político-administrativa da RET-SUS, inclusive a aprovação e o acompanhamento de seu Plano Anual de Trabalho e será constituída por representantes da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na

Saúde do DEGES/SGTES/MS, do CONASS, do CONASEMS, da OPAS/Representação do Brasil e das Escolas e Centros Formadores integrantes da Rede.

§ 2º A Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS presidirá a Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS.

§ 3º O CONASS, o CONASEMS e a OPAS indicarão um representante e um suplente.

§ 4º As Escolas Técnicas e os Centros Formadores elegerão um representante por região geopolítica/político-administrativo e seu respectivo suplente, do conjunto das Escolas Técnicas e Centros Formadores que compõem a Rede, para um mandato de dois anos.

§ 5º São elegíveis para a Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS apenas os representantes das Escolas Técnicas vinculadas à gestão do SUS.

§ 6º A Secretaria Técnica, instalada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, encarregar-se-á do apoio técnico e administrativo para o funcionamento da RET-SUS, inclusive para a elaboração e implementação de seu Plano Anual de Trabalho.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS propiciará os recursos técnicos e financeiros necessários para a efetiva execução do Plano Anual de Trabalho, aprovado pela Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS.

Parágrafo único. A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS contribuirá para execução do Plano de Trabalho acima referido, conforme o estabelecido na programação de cooperação técnica da Representação do Brasil.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 1.298/GM, de 28 de novembro de 2000, publicada no DOU de 29 de novembro de 2000, Seção 1, página 58.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

##ASS HUMBERTO COSTA

ANEXO

Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS.

Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás - GO
Centro de Educação Técnico-Profissional da Área de Saúde de Rondônia RO
Centro de Ensino Médio e Fundamental da Unimontes - MG
Centro de Formação em Saúde Coletiva do Instituto Estadual de Saúde Pública - ES
Centro de Formação Pessoal para os Serviços de Saúde Dr Manuel da Costa Souza - RN
Centro Formador de Osasco - SP
Centro Formador de Pariquera-Açu - SP
Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo - SP
Centro Formador de Pessoal para a Saúde Franco da Rocha - SP
Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara - SP
Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis - SP
Centro Formador de Recursos Humanos - PB
Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha - PR
Centro Formador de RH para a Saúde - MS
Escola de Educação Profissional em Saúde Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra - AM
Escola de Formação em Saúde - SC
Escola de Formação Profissional FHEMIG - MG
Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel Santos - RJ
Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis - BA
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - MG

Escola de Saúde Pública do Ceará - CE
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - MT
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - RJ
Escola Técnica de Saúde de Blumenau - SC
Escola Técnica de Saúde de Brasília - DF
Escola Técnica de Saúde do SUS Dr^a Maria Nazareth Ramos de Neiva - MA
Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima - RR
Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe - SE
Escola Técnica de Saúde do Tocantins - TO
Escola Técnica de Saúde Prof^a Valéria Hora - AL
Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco da Secretaria Estadual de Saúde - PE
Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo - SP
Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha - AC
ETSUS Amapá - AP
ETSUS Pará - PA
ETSUS Piauí - PI
ETSUS Rio Grande do Sul - RS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Portaria N° 198/GM/MS

Em 13 de fevereiro de 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente.

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

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

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

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

HUMBERTO COSTA

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

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

* UF = Unidade Federada e RP = Região Política

** Postos e Centros de Saúde

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

Calculo para nº Conselheiros/peso

Formula Peso

0 - 1031 1 3461 - 5890 3

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

1032 - 3460 2 5891 4

100

ANEXO II

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

1. Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutive.

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

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

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

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

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

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

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

que aderirem à proposta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Endereço:

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

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

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

e-mails: degex@saude.gov.br / sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

- I. apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;
 - II. apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;
 - III. apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;
 - IV. explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;
 - V. explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;
 - VI. explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;
 - VII. explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;
-
- I. anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual,

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

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

Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

IX. anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;
- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;
- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;
- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;
- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);
- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações:

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

Operacionalização

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

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

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

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

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de equidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. **Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subsequentes.**

Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito local não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos

recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da “vida real” nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

- I. população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);
- II. número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);
- III. número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).
- IV. inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);
- V. número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);
- VI. população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);
- VII. número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): $CE = \frac{20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7}{100}$		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as localidades dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada localidade, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos estados:

- I. população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;
- II. número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;
- III. número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais;
- IV. inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);
- V. número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;
- VI. população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorialização do

município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

- VII. número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base *per capita*, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um *País de Todos*.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I – Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;
2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;
3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III – Atividades:

- ⇒ Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;
- ⇒ Estruturação de recursos e programas de educação à distância;
- ⇒ Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2. Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I – Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o

exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;
2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
3. Residências Integradas em Saúde;
4. Pós-Graduação;
5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;
6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;
8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);
9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);
10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;
11. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;
12. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III – Atividades:

- ⇒ Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;
- ⇒ Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional

- em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;
- ⇒ Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
 - ⇒ Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
 - ⇒ Formação de outros técnicos em saúde;
 - ⇒ Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;
 - ⇒ Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I – Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);
2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;
3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;
6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;
7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

III – Atividades:

- ⇒ Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;
- ⇒ Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;
- ⇒ Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;
- ⇒ Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I – Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;
2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;
4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III –Atividades:

- ⇒ Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;
- ⇒ Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);
- ⇒ Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;
- ⇒ Especialização em educação de profissionais de saúde;
- ⇒ Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;
- ⇒ Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;
- ⇒ Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- ***Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.***
- ***Os documentos estarão à disposição também no Site www.saude.gov.br/sgtes .***
- ***Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.***

(Diário Oficial da União nº 32/2004, secção I)