



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**DANILO MELO DE MORAIS CARVALHO**

**ORIENTAÇÕES, AVANÇOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DA  
FORMAÇÃO PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO  
ÂMBITO DO SUS**

Salvador  
2014

**DANILO MELO DE MORAIS CARVALHO**

**ORIENTAÇÕES, AVANÇOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DA  
FORMAÇÃO PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO  
ÂMBITO DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Linha de pesquisa: Currículo e Formação.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Roberto Sidnei Alves Macedo.

Salvador  
2014

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Carvalho, Danilo Melo de Moraes.

Orientações, avanços, limites e possibilidades da formação pela educação permanente em saúde no âmbito do SUS / Danilo Melo de Moraes Carvalho. - 2014.

131 f.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Sidnei Alves Macedo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2014.

1. Pessoal da área de saúde pública - Educação - Brasil. 2. Educação permanente. 3. Reforma do sistema de saúde - Brasil. 4. Saúde pública - Brasil. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Macedo, Roberto Sidnei Alves. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

CDD 362.10981 - 23. ed.

**DANILO MELO DE MORAIS CARVALHO**

**ORIENTAÇÕES, AVANÇOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DA  
FORMAÇÃO PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO  
ÂMBITO DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação,  
Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para  
obtenção do grau de Mestre em Educação.

Salvador, 14 maio de 2014.

Banca Examinadora

Denise Moura de Jesus Guerra  
Doutora em Educação, Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
União Metropolitana de Educação e Cultura, UNIME

Lourdes Oliveira Reis da Silva  
Doutora em Educação, Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Centro Universitário Estácio da Bahia

Roberto Sidnei Alves Macedo - Orientador  
Doutorado em Ciências da Educação.  
Université Paris 8 - Vincennes-Saint-Denis, PARIS 8, França.  
Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial ao Dr. Roberto Sidnei Macedo, meu orientador, por respeitar e contribuir com minhas preferências teórico-metodológicas.

Aos meus pais, José Carlos de Oliveira de Carvalho e Anailda Melo de Morais Carvalho, que me apoiaram nos momentos de imersão nos estudos.

A Solange Viana do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Verônica Pina da SESAB, Marcele Paim da Escola de Saúde Pública da Bahia, Maria José Camarão da Escola Técnica de Saúde e a Jane Guimarães, pelo apoio dado no período de coleta de dados sobre a implantação da formação para a educação permanente em saúde desenvolvida pelo UNASUS-Bahia.

A Jairnilsom Paim do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, pela recomendação de abordagem crítica sobre o discurso governamental em torno da educação permanente em saúde.

## RESUMO

CARVALHO, Danilo Melo de Moraes. *Orientações, avanços, limites e possibilidades da formação pela educação permanente em saúde no âmbito do SUS*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

O presente estudo buscou compreender as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação para trabalhadores do Sistema Único de Saúde do Brasil, pela estratégia da educação permanente, escolhida para o fortalecimento do SUS e da democratização do Estado, a partir da Reforma Sanitária. Para a realização de tal objetivo investigativo, foi adotada uma revisão teórica de contextualização do campo e do setor da saúde no país, com enfoque na formação em saúde. Basicamente o período de referência para a discussão nesta dissertação estende-se entre 1988 e 2010. O trabalho foi dividido em três capítulos, o primeiro para contextualização mencionada, bem como para situar as bases das orientações para a Educação Permanente em Saúde no SUS, o segundo, para discutir avanços e limites desta estratégia e o terceiro, para discutir suas possibilidades de progresso em direção a uma perspectiva democrática de influência sobre a formação dos trabalhadores do SUS. Tal perspectiva pressupõe, portando, a valorização positiva dos trabalhadores e da sua subjetividade na estruturação das políticas de Estado. O mesmo se dá em relação aos usuários e gestores, sujeitos fundamentais da democratização da atenção à saúde e da formação no setor. A curiosidade sobre a existência ou não de valorização justificou a proposição e esboço de indicadores para esta subjetividade estruturante no capítulo três, em que foram discutidas as possibilidades da formação pela Educação Permanente em Saúde. Tais indicadores auxiliariam na verificação de indícios de valorização do controle social, de fortalecimento da autonomia das instituições acadêmicas na educação em saúde, da valorização do trabalhador, bem como a demanda de desprecarização do trabalho. Considerando a lacuna de inserção da pesquisa em educação no campo da saúde, tal investigação contribui pela breve contextualização do campo, do setor e da formação dos trabalhadores da saúde, diante da relevância da dimensão pedagógica que vem se ampliando e amadurecendo, com crescente demanda de interação entre o Ministério da Educação e o da Saúde, bem como entre os profissionais das duas áreas. É importante que o campo da pesquisa em educação atente para a relevância da dimensão pedagógica que vem assumindo a formação, a atenção e a pesquisa em saúde na contemporaneidade, tanto como um espaço de exercício pedagógico quanto como campo de pesquisa em educação.

Palavras chaves: Educação e Formação em saúde, Educação Permanente em Saúde, Indicadores.

## **ABSTRACT**

This study sought to understand the guidelines, advances, limitations and possibilities of health employees training through the strategy of permanent education, that was chosen to strengthen SUS as well as the democratization of the country by The health sector reform. In order to reach this goal a theoretical review of the Brazilian health sector was conducted, by focusing on various publications that critically examined worker's education within the SUS system. This study was divided into three chapters: the first focuses on the context from which to situate the basis of guidelines for permanent education within SUS, the second is dedicated to discussing the advances and limitations of this strategy, and the third discusses its potential for progress toward a democratic perspective of employee training within SUS. The democratic perspective provides positive support to workers' development and empowerment as an important source of the regulation state of policies. The same is true with respect to consumers and managers, as fundamental subjects of health attendance and education democratization. The importance placed upon these subjects justified the proposal and outline indicators for empowerment in chapter three. Such indicators would be a response to the demand for enhancement of social control, strengthening the autonomy of academic institutions in health education, the appreciation of the worker as well as their demand for labor rights. Considering the lack of educational research in the health field, this investigation highlights rarely-examined approaches to health systems; it briefly contextualizes the training of health workers, and the growing and maturing pedagogical dimension, with increasing demand for interaction between the Education Ministry and Health Ministry, as well as between professionals from both areas. It is important that the educational research field pay more attention to this contemporary pedagogical dimension and relevance placed on training, users assistance and the research within SUS, all pedagogical field of exercise and research in education.

**Keywords:** Education and Formation in health, Permanent Education in Health, Subjective Indicators.

## LISTA DE SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMS	Assistência Médico-Sanitária
Cefor	Centros Formadores
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONCURD	Coordenação Nacional dos Cursos Descentralizados
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DesprecrizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
EC	Educação continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PET	Saúde Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
ProgeSUS	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS
Promed	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria Estadual de Saúde



SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
VER-SUS	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema SUS

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1	METODOLOGIA.....	17
<b>2</b>	<b>O CAMPO, O SETOR DA SAÚDE E O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE SEUS RECURSOS HUMANOS A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA.....</b>	<b>22</b>
2.1	O CAMPO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A SAÚDE COLETIVA.....	22
2.2	O SETOR DA FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	26
2.2.1	A Reforma Sanitária como reorientação do setor da saúde.....	26
2.2.2	O SUS.....	35
2.3	A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO.....	42
<b>3</b>	<b>A EDUCAÇÃO PERMANENTE, SEUS AVANÇOS E LIMITES PARA O SETOR DA SAÚDE.....</b>	<b>69</b>
3.1	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	69
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	74
3.3	OS AVANÇOS PELA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	81
3.4	OS LIMITES DA FORMAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	83
<b>4</b>	<b>AS POSSIBILIDADES DA FORMAÇÃO PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS INDICADORES SUBJETIVOS.....</b>	<b>93</b>
4.1	INDICADORES SUBJETIVOS DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS.....	96
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>104</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estabelecimento da relação entre educação e saúde iniciou ainda na graduação em pedagogia, em monografia dedicada a discussão sobre o problema do individualismo e da crise de sentidos para a educação contemporânea. Diante da demanda de contextualização de propostas de formação dos indivíduos, a partir dos princípios da diferença, da regionalização e da diversidade, propor sentido universal para a educação tornou-se um grande problema, apesar dos esforços contemporâneos de internacionalização dos currículos de educação das populações.

Diante de tal crise de sentido universal fez-se um esforço de localizar o que poderia ser orientação fundamental para a formação pessoal. Eis que a formação para o cuidado que cada um deve ter consigo mesmo pareceu ser a orientação básica para o processo educativo em tempos de crise de finalidade da formação dos sujeitos. Resta ainda o problema da universalização da noção de cuidado que é histórica, ou seja, tanto o sentido quanto o objeto do cuidado – o corpo, a alma, a comunidade etc – variam.

Ainda que para a contemporaneidade, tanto o objeto quanto o sentido do cuidado para consigo não estejam tão definidos quanto na idade média – a salvação da alma - nos parece que a prática do cuidado enquanto comportamento que preserve e qualifique a existência do sujeito ainda deve ser um sentido indispensável para qualquer processo educativo. Seria, portanto, importante instrumentalizar os sujeitos para o cuidado que cada um deveria ter consigo mesmo. A tentativa de localizar no campo da educação tal sentido básico para a formação pessoal evidenciou sua lacuna quanto ao tema do cuidado nos currículos escolares e gerou curiosidade sobre a maior importância dada ao mesmo no campo da saúde, que passa a ser o foco desta investigação.

Esta investigação é resultado da aproximação de um pedagogo em direção ao universo histórico do campo da saúde. Tal imersão possibilitou uma contextualização de suas peculiaridades no contexto brasileiro, a partir da demarcação de sua organização, seu recorte enquanto setor governamental que incide, em forma de

intervenção estatal, sobre a formação dos sujeitos, especialmente no intervalo entre 1988 e os anos 2000. A formação foi escolhida enquanto prática em foco nesta investigação, não só por ela ser um tema conveniente para um profissional da educação, mas, principalmente por ela configurar a imagem objeto dos sujeitos, dos processos e das estruturas que se espera estabelecer a partir de determinada orientação educativa no campo da saúde.

A partir da imagem objeto que pré estabelece com deve ser os sujeitos da/na saúde enquanto setor governamental, é importante compreender e analisar como se constituem tais sujeitos em relação às forças que o objetivam. Eis que, desta forma, tal pesquisa se configura dentro do tema da formação e subjetividade em saúde. Adentremos agora em alguma caracterização do setor da saúde, para em seguida apresentar o objeto desta investigação e a organização da sua apresentação.

É reconhecida internacionalmente a importância do setor da saúde para o desenvolvimento de padrões dignos de vida da população, o que o torna importante foco de altos investimentos dos Estados nacionais. Apesar de no Brasil ser reconhecida a maior força de mobilização e participação popular nas reformas dos setores da educação e agrário, em relação ao da saúde, os avanços deste setor no âmbito da reforma do Estado e a forma com que a dimensão pedagógica dos processos de gestão do trabalho e da educação em saúde foi se configurando para responder ao projeto de Reforma do Estado, são inspiradores para o campo da pesquisa educacional, cujo objeto transcende a sua dimensão setorial, ampliando-se na trilha de políticas intersetoriais e na expansão do espectro pedagógico para além do campo da educação, traços da nossa contemporaneidade.

A atual configuração das políticas intersetoriais demanda, por exemplo, cada vez mais de aproximação entre ministério da Educação e da Saúde para o fortalecimento do SUS pela estratégia da educação permanente dos seus trabalhadores.

Quando Almeida Filho (2011) situa o campo da saúde enquanto campo de saberes coletivos, campo de ação tecnológica, onde são aplicados saberes e técnicas geradas pelo campo científico, subentende-se que a circulação e a aplicação desses saberes configuram experiências pedagógicas históricas de formação de modos de ser, enquanto demandas e respostas às questões de época.

A necessidade de uma breve contextualização do campo da saúde, a partir da contribuição do autor citado, é importante para ressaltar a sua dimensão social e a demanda de interface com o campo e o setor da educação, área estruturante dos modos de circulação e aplicação de orientações em saúde, a partir das quais faz-se necessário analisar avanços, evidenciar limites e ressaltar possibilidades alcançadas.

A compreensão do campo da saúde a partir da ideia de que o fenômeno da saúde/doença é um processo social, portanto indissociável dos fluxos históricos de reprodução, ajuda a analisar como se conformam esforços educativos para a constituição de um campo de práticas associadas às forças de organização social vigentes. Pelo fato do processo de organização política do Estado ter influência em larga escala sobre os modos de responder às questões da saúde, será importante focar no setor governamental da atenção à saúde.

O setor da saúde, ao longo do processo de Reforma do Estado empreendida desde a década de oitenta no Brasil, especialmente a partir da criação do Sistema Único de Saúde, vem se complexificando e se expandindo nacionalmente, aprofundando seus arranjos democráticos, sua composição tecnológica e as condições para a realização do projeto de Reforma Sanitária. Tal avanço, e também seus retrocessos, especialmente com a constante contratação de novos trabalhadores e atualização dos já empregados, eleva ao alto grau de importância a demanda por educação que auxilie na formação dos Recursos Humanos, como estratégia para a compreensão e fortalecimento das bases democráticas do SUS a serem pontuadas no capítulo um desta dissertação.

Nos anos 90, no Brasil, os investimentos na área de Recursos Humanos em saúde foram pouco expressivos tanto do ponto de vista quantitativo, em relação às demandas de profissionais para atuarem na atenção à saúde no país, quanto de qualificação, no sentido de serem pensadas políticas de formação e valorização do trabalhador, bem como de adequação curricular de estratégias de ensino e aprendizagem em serviço que atendam às demandas permanentes de um modelo assistencial adequado à lógica democrática da Reforma Sanitária brasileira e ao fortalecimento do SUS, com inspiração na Saúde Coletiva.

Apesar da persistência de pouco investimento na área de Recursos

Humanos, no início dos anos 2000, a partir de 2003 configura-se um horizonte, ao menos na retórica do Estado brasileiro, favorável à valorização da área em saúde pela criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004). Investe-se na descentralização da atenção às demandas de aprendizagem em serviço para o âmbito estadual e municipal, no sentido de fortalecer a capacidade político pedagógica das secretarias municipais e estaduais de saúde.

A criação de uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que sustenta a aproximação entre o eixo do trabalho e o da educação na orientação dos processos formativos dos trabalhadores da saúde, apresenta um avanço na área de Recursos Humanos por dar centralidade ao processo de trabalho no SUS. Tal acontecimento, ainda que especialmente enquanto adequação do discurso normativo, abriu espaço para nortear instituições formadoras de Recursos Humanos, problematizar as condições de trabalho e a valorização do trabalhador, contextualizar as demandas de ensino e aprendizagem em serviço e fortalecer as bases sociais, na medida em que a formação dos trabalhadores da saúde deve envolver influência do controle social.

A partir dos anos 2000, foram criados e fortalecidos arranjos institucionais para atender à demanda de descentralização e regionalização da formação em saúde, no âmbito dos estados e municípios, centrada nos processos de trabalho, tais como Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES), Polos de Educação Permanente em Saúde e posteriormente o Colegiado de Gestão Regional (CGR) para o exercício democrático da gestão do trabalho e da educação em saúde, junto com representantes do controle social, pelos Conselhos de Saúde, pelas entidades representativas dos trabalhadores e usuários do SUS e pelo espaço de debate e deliberação garantido, por exemplo, nas Conferências Nacionais de Saúde. Veremos, nesta investigação, especialmente, a influência das Conferências de Saúde.

A centralidade do trabalho como eixo de orientação da formação dos trabalhadores, altamente valorizada na contemporaneidade, por um lado, possibilita a tão almejada aprendizagem crítica, problematizadora e significativa, necessária

para a democratização e qualificação dos espaços de assistência à população. Por outro lado, alguns autores (GARCIA, 2010; LEMOS, 2010; PAIM; NUNES, 1992) apontam, no âmbito da pesquisa na área de educação em saúde, para a menor importância dada à centralidade do controle social, à participação da sociedade civil e à valorização do trabalhador no contexto de trabalho, bases fundamentais ao progresso da democratização que demanda o SUS para o alcance de seus objetivos e diretrizes.

A crítica à centralidade do trabalho baseia-se no risco de hipervalorizar os processos de sua execução, gerando portanto, uma lacuna na formação crítica dos trabalhadores no sentido de compreender os limites deste recorte apresentado na educação permanente, quando esta se distancia de análises conjunturais e críticas a respeito dos determinantes dos processos de educação e trabalho no SUS.

Diante do risco da estratégia da educação permanente reduzir os processos educativos em serviço aos efeitos meramente técnico-burocráticos da descentralização da capacidade pedagógica do Ministério da Saúde às instâncias estaduais e municipais, estas com tendência à baixa capacidade técnica para o modelo assistencial projetado para o SUS, demanda-se uma formação que se oriente não só para a centralidade do trabalho enquanto execução de tarefas, mas, por uma análise da organização do campo e do setor da saúde, a partir de uma abordagem crítica das suas bases econômicas, sociais e culturais, diminuindo portanto os riscos dos trabalhadores e usuários do SUS terem seus direitos sutilmente desvalorizados por políticas e medidas que trocam a centralidade da democratização pela centralidade do trabalho como instância reguladora dos processos formativos.

O presente estudo buscou compreender as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação para trabalhadores do Sistema único de Saúde do Brasil, pela estratégia da educação permanente, objeto de análises contraditórias quanto ao seu potencial no fortalecimento do SUS e no processo de democratização do Estado. A questão norteadora desta investigação foi, portanto: quais são as orientações, os avanços, limites e possibilidades da formação pela educação permanente dos trabalhadores do SUS?

O caminho escolhido para responder a essa questão foi teórico, a partir da

revisão bibliográfica e análise documental, visto que se procurou verificar, ainda que não exaustivamente o contexto e as contradições que envolvem a educação e formação dos trabalhadores do SUS, com foco na estratégia da Educação Permanente em saúde. Foi feita a contextualização do campo e do setor da saúde no país, pontuando-se algumas determinações macroestruturais e da conjuntura de reorientação interna do país, a partir da Constituição de 1988, quando foram instituídas as bases políticas para a atual incorporação da educação permanente em saúde, estratégia atual de orientação para a gestão do trabalho e da formação dos trabalhadores do SUS.

A título de organização das etapas investigativas, a escrita orientou-se a partir de dois objetivos específicos: o primeiro, contextualizar a formação em saúde na contemporaneidade e o segundo, discutir orientações, limites e possibilidades da formação para a educação permanente em saúde. A partir das leituras que fundamentaram esta investigação foram destacados como centrais os seguintes conceitos: o campo da saúde, o setor da saúde, a Reforma Sanitária a Saúde Coletiva e o Sistema único de Saúde, a formação em saúde e a Educação Permanente em Saúde.

A dissertação foi dividida em cinco capítulos, incluindo esta Introdução. O segundo para contextualização mencionada, bem como para situar as bases das orientações para a Educação Permanente em Saúde no SUS, o terceiro, para discutir avanços e limites desta estratégia, o quarto, para analisar suas possibilidades de progresso em direção a uma perspectiva democrática de formação dos trabalhadores do SUS, tendo a influência da subjetividade dos trabalhadores, usuários e gestores, bem como a subjetividade das entidades que a estes representam, como indicador de fortalecimento das bases democráticas pelo controle social e conseqüente regulação das políticas de Estado em saúde. Por fim as Considerações Finais seguidas das Referências Bibliográficas e dos Anexos.

A relevância desta investigação, em primeiro lugar, está no esforço de aumentar a inserção da pesquisa em educação no campo da saúde, mais especificamente no setor governamental da saúde, contribuindo para a compreensão do fenômeno educativo em outros espaços para além dos historicamente convencionados, considerada a relevância de sua ampliação na área



de saúde. Outro ponto relevante desta investigação é o interesse pela interface entre educação dos Recursos Humanos e o controle social, como foco necessário para o fortalecimento das bases democráticas do SUS, dada a suposta valorização positiva da subjetividade dos usuários, trabalhadores e gestores enquanto sujeitos da gestão dos processos de trabalho e de educação em saúde. Um último ponto importante aqui destacado é a tentativa de esboçar um dispositivo de atenção para a influência dos sujeitos que supostamente fariam parte das bases democráticas do SUS, mencionados anteriormente.

Após a compreensão da relação entre as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação pela educação permanente em saúde no Brasil, levantou-se algumas questões, enquanto desafios principais para se avançar em suas possibilidades de superação prática. Em primeiro lugar, foi importante questionar se há uma compreensão da lógica da educação permanente em saúde e quais são as dificuldades de sua incorporação no âmbito dos municípios, pelos trabalhadores, gestores e usuários. Outra questão é se há garantia e transparência no repasse e na aplicação de recursos para a educação dos trabalhadores do SUS. Destaca-se ainda o risco de hiper valorização do trabalho, como gestão da execução de planos de interesse estatal e menos como base para prevenir a precarização do trabalho e a desvalorização do trabalhador. A autonomia das instituições acadêmicas, pela centralidade do trabalho na educação permanente em saúde, passa a ser ameaçada à condição instrumental do setor governamental da saúde para a alteração de currículos, abordagens e criação de cursos que atendam às demandas do SUS. A academia é um espaço de produção crítica de saberes que assume também o papel de controle social e a sua autonomia é fundamental para o exercício do seu papel. Esta autonomia precisa, de alguma forma, ser negociada, levando em conta a necessidade de alinhamento das formações dos profissionais da saúde para uma perspectiva pública de atenção à saúde pelo SUS.

Se o SUS cria arranjos democráticos de gestão do trabalho e da educação em saúde que sucumbem ou se desvirtuam diante do esvaziamento das bases sociais, é necessário compreender no discurso dos supostos sujeitos da reforma, o que impede o seu alcance, no sentido de fortalecer o SUS. A partir de tais questões concluiu-se que o fortalecimento das bases democráticas em saúde é condição

necessária para prevenir arbitrariedades políticas e econômicas como determinantes principais sobre as políticas de gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores do SUS e de gestão do Estado como um todo. A necessidade de valorizar a subjetividade das bases democráticas enquanto força de controle social justifica o interesse pela criação de um dispositivo que identifique e valorize a influência da mesma nos processos de gestão do trabalho e da educação em saúde.

## 1.1 METODOLOGIA

A configuração final deste recorte investigativo é resultado de duas mudanças importantes em função de surpresas empíricas que inviabilizaram o projeto inicial e tornaram restrito o tempo para uma melhor discussão do assunto. Inicialmente o projeto propunha estudar a implantação da formação para a Educação Permanente em Saúde a partir do Programa Universidade Aberta do SUS (UNASUS-BA) na Bahia, até então, compreendido enquanto realização estadual da UNASUS do Brasil, instituição criada pelo Ministério da Saúde em 2010, para realizar a formação continuada dos profissionais da saúde em serviço, apoiando, portanto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, atendendo às permanentes demandas de ensino e aprendizagem em serviço dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Após uma aproximação ao campo no âmbito estadual, foi possível descobrir que a UNASUS nacional era um projeto diferente do Programa Universidade Aberta do SUS-Bahia, cujo nome havia sido cedido ao MS que assim o solicitou à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia em 2007.

A partir desta primeira surpresa foi necessário abandonar o trabalho anterior para reiniciar a análise de documentos não mais “da” UNASUS, e sim “do Programa” UNASUS, que na Bahia, seria um arranjo criado para otimizar os processos de gestão do trabalho e da educação na saúde já existentes no estado, alinhados a partir de uma Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A aproximação ao campo empírico se deu inicialmente com fluidez na realização das entrevistas junto aos sujeitos que haviam participado da implantação do UNASUS e

do curso de formação para a Educação Permanente em Saúde, denominado de *Curso de Formação de Mediadores de Aprendizagem para a Educação Permanente em Saúde*.

No momento em que foi solicitado o acesso ao projeto político pedagógico do UNASUS-Bahia e ao projeto do Curso de Mediadores, os relatórios de Gestão do UNASUS, bem como os de avaliação do curso, o setor do Protocolo da Secretaria Estadual de Saúde comunicou a necessidade de apresentar, por solicitação da Escola Estadual de Saúde Pública e por procedimentos da SESAB, um documento do conselho de ética da Faculdade de Educação da UFBA autorizando a pesquisa. Como tal órgão era inexistente na unidade, isto implicou restrições burocráticas, impossibilitando a continuidade do recorte investigativo, dada a importância de tais documentos.

Diante disso, a última mudança se deu no projeto de forma a orientá-lo para o resultado final desta dissertação, um trabalho teórico de contextualização nacional da formação pela Educação Permanente em Saúde, a partir da seguinte questão: Quais são as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação para a educação permanente no âmbito do SUS? A partir desta questão, baseada no objetivo geral de discutir, a partir de revisão bibliográfica e análise documental, como se deram as orientações, os limites e as possibilidades da formação para a educação permanente no âmbito do SUS, foram traçados dois objetivos específicos: primeiramente contextualizar a formação em saúde na contemporaneidade para em seguida discutir orientações, limites e possibilidades da formação para a educação permanente em saúde.

A mudança do foco inicialmente empírico, interessado no discurso dos sujeitos da educação permanente em saúde, para o teórico, trouxe consequências importantes para esta investigação, que resultou na constituição de uma introdução ao estado da arte da formação dos trabalhadores do SUS, para o campo da pesquisa em educação. A partir da discussão sobre o campo, o setor da saúde e sobre o histórico da formação de recursos humanos para o SUS, bem como a partir de documentos que representam tanto o discurso do controle social (Conferências de Saúde) quanto o discurso governamental (Constituição, Políticas, decretos etc), foram aqui reunidos elementos básicos para compreender a dimensão pedagógica

do setor da saúde.

Ainda sobre as vantagens de uma abordagem teórica para uma etapa de mestrado, em plena era das narrativas, em que se "antropologiza" o âmbito da administração, da saúde e da pesquisa, demanda-se ainda mais de contextualização histórica e de mediação de teorias que auxiliem não só a compreender, mas, principalmente a analisar como e o que estamos fazendo de nós, em nosso tempo, a partir do que compreendemos por abordagens etnográficas. Em geral, o tempo necessário de imersão para um trabalho etnográfico é geralmente insuficiente no mestrado com duração de apenas dois anos. Neste sentido justifica-se usar tal tempo como etapa teórica de inspiração para enriquecer a etapa empírica a ser desenvolvida no doutorado, em cujo tempo é apropriado para imersões em campo e desdobramentos teóricos mais aprofundados, pela via da etno pesquisa e da etnometodologia.

Compreender os modos de se teorizar sobre um determinado objeto potencializa o posicionamento do pesquisador em relação a uma determinada temática de investigação. Entender como e a partir de que orientações compreende-se um determinado objeto de investigação é um exercício importante para a problematização do que já foi dito sobre o mesmo, tornando relevante o que ainda precisa ser dito.

Analisar os modos de se compreender, no âmbito teórico, como é discutida a educação permanente é um caminho para usarmos da teoria como ponto de partida para a sua própria problematização e para melhor justificar recortes investigativos que contribuam com o seu avanço. A teoria precisa ser colocada em questão para não perder a sua dimensão ativa na transformação dos modos de se compreender o mundo.

[...] Para dizer de outra forma, supostas asserções sobre a realidade acabam funcionando como se fossem asserções sobre como a realidade deve ser. Elas têm dois efeitos: o de fazer com que a realidade se torne o que elas dizem que é ou deveria ser. [...] parece suficiente adotarmos uma compreensão da noção de "teoria", que nos mantenha atentos ao seu papel ativo na construção daquilo que ela supostamente descreve [...]. (SILVA, 2010, p.13)

Considerando que tal investigação se debruça sobre um campo até então

pouco discutido na pesquisa em educação, o da formação em saúde, foi aqui realizada uma aproximação panorâmica, situando de forma breve o que se sabe sobre o assunto, no que diz respeito às orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação dos trabalhadores do SUS pela Educação Permanente em Saúde, estratégia orientadora da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que reorienta a formação dos Recursos Humanos do SUS.

Considerando que a incorporação da educação permanente, enquanto estratégia de orientação para os processos de gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores do setor da saúde, dá-se a partir das demandas pedagógicas do SUS e da conjuntura que influencia o setor, foi escolhido com recorte temporal o intervalo entre o marco da Constituição de 1988 até 2010, com inserção de alguns referenciais teóricos mais atuais, publicados em 2013, cuja contribuição apresenta elementos para contextualizar desdobramentos mais recentes das experiências de formação e educação em saúde, orientadas a partir da estratégia da educação permanente.

Deu-se mais atenção aos anos 2000, pela importância do período, devido ao fato de que nele se assiste maior atenção dada à gestão dos Recursos Humanos, especialmente a partir da instituição de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) que inclui dentro de sua orientação a gestão dos processos de trabalho e da educação na saúde.

Diante do tempo curto que restou para o último ajuste na orientação do projeto de dissertação, a seleção do referencial bibliográfico para o alcance dos objetivos traçados foi um tanto acelerada, porém obedeceu aos critérios que restringiram convenientemente o acesso a trabalhos que apresentassem um recorte histórico e conjuntural da inserção e das implicações da Educação Permanente, estratégia de educação e formação dos trabalhadores em serviço no SUS. Foi importante situar o referencial teórico a partir dos seguintes agrupamentos: a) contextualização do campo e do setor da saúde; b) contextualização da formação em saúde com foco nos Recursos Humanos do setor e c) discussão sobre as orientações, avanços, limites e possibilidades da formação pela Educação Permanente em Saúde. O referencial teórico de apoio para esta dissertação está descrito no Anexo A. Vejamos em seguida, no capítulo 2, uma breve

contextualização do campo e do setor da saúde, com enfoque na formação dos trabalhadores do SUS.

## **2 O CAMPO, O SETOR DA SAÚDE E O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE SEUS RECURSOS HUMANOS A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA**

Ao compreendermos a saúde como campo de saberes e práticas historicamente situados, é importante retomar, ainda que brevemente, a noção de saúde mirada por uma perspectiva sócio-histórica, acompanhando a superação do determinismo biológico, sobre os processos de saúde e doença e a prevenção contra as arbitrariedades científicas e políticas sobre os indivíduos e populações.

Entende-se aqui que o setor da saúde representa a dimensão governamental, uma área de intervenção estatal que está contida no campo da saúde, na forma de políticas públicas. O campo da saúde deve ser entendido enquanto um movimento de regulação de forças articulado a partir da relação entre diversos discursos, dispositivos e práticas em saúde, governamentais e não governamentais, no qual coexistem diferentes perspectivas e interesses de intervenção, tais como a pesquisa, o lucro etc. Apesar de vivermos na contemporaneidade uma mais intensa coexistência de perspectivas políticas, no cenário da saúde no Brasil, foi destacado o discurso da Saúde Coletiva pelo fato dele ser considerado como importante base de orientação da Reforma Sanitária para uma perspectiva democrática.

### **2.1 O CAMPO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A SAÚDE COLETIVA**

Vejamos como se configura a concepção de saúde a partir da influência Saúde Coletiva, abordagem proposta em superação ao modelo médico e hospitalocêntrico, como referência para a organização do setor da saúde e conseqüentemente de atenção. Segundo Paim (2008, p. 107):

A saúde era entendida como produto das condições objetivas da existência, dependendo das condições de vida – biológicas, social e

cultural – e, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Deste modo o estado de saúde corresponderia a uma das revelações destas formas de vida, ou seja, *um modo de andar a vida*. Assim, promover saúde implicaria “conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação”, enquanto respeitar o direito à saúde supunha “mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e de trabalho insalubres e na estrutura juridico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços” [...]

A noção de saúde enquanto revelação das condições de vida, assim como tratada por Paim (2008), complexifica e amplia o leque de seus determinantes, dando atenção especial para as condições objetivas da existência e da relação que o homem estabelece com o mundo no seu processo de vida, com a natureza e com o trabalho. O trabalho, por sua vez, por inspiração marxista do autor, deveria ser um instrumento de emancipação, um espaço de formação crítica e de libertação das condições de exploração dos trabalhadores, “coisificados” pelo sistema de exploração da força de trabalho e do manejo dos trabalhadores enquanto “recurso” do processo produtivo do Estado. Eis que a noção de trabalho, a ser discutida no capítulo dois, não pode se restringir a execução das etapas do processo produtivo no setor da saúde, assunto a ser aprofundado na discussão sobre a educação permanente enquanto estratégia de formação no e para o trabalho do SUS.

Dentro do campo onde se dá a formação a ser discutida nesta pesquisa, ou seja, o da saúde, interessa o setor governamental da saúde, no que diz respeito à responsabilidade do SUS em formar seus Recursos Humanos. Tanto a noção de campo da saúde quanto de setor da saúde são instrumentais para esta pesquisa, na medida em que a complexidade do setor saúde e os determinantes sobre os processos de saúde-doença-tratamento ultrapassam a dimensão setorial e governamental dentro da qual é proposta a formação para a educação permanente em saúde. O enfoque foi centrado nas propostas de educação e nos processos de formação por eles configurarem uma importante relação entre projeto e processo, fundamental para responder à questão desta pesquisa.

Compreender onde está situado o setor saúde, dentro do qual foi concebida e instituída a formação para a educação permanente em saúde, é o que justifica uma breve contextualização do campo da saúde. Discutindo a noção contemporânea de



campo para situá-lo enquanto contexto da saúde, feitos os devidos créditos a Bourdieu, Almeida Filho (2011, p. 109) afirma que:

[...] Nas epistemologias pragmáticas contemporâneas, define-se campo como espaço social relativamente autônomo, constituído por uma estrutura de redes de relações objetivas, tendo o conceito de *habitus* (referentes simbólicos) como central. Esse conceito permite considerar, no plano epistemológico, cenários, atores e movimentos de crítica, elaboração e superação de matrizes paradigmáticas capazes de alimentar o pensamento e a ação transformadora no âmbito da práxis.

A configuração dos cenários, dos atores e movimentos de crítica, acontecimentos de elaboração e superação de matrizes paradigmáticas representam um processo educativo, com orientações historicamente estruturadas também no âmbito da práxis. Almeida Filho situa o campo da saúde enquanto campo de ação tecnológica, onde são aplicados saberes e técnicas geradas pelo campo científico. Para Almeida Filho (2011, p. 105) o campo da saúde é apresentado enquanto campo de saberes e práticas, num sentido amplo e “coletivo”.

[...] saúde enquanto campo de saberes e práticas, resultado da complexa e rica trama de atos humanos e instituições socialmente organizadas e coletivamente estabelecidas, para enfrentar, nos planos simbólico e concreto, os efeitos de fenômenos, eventos, fatores e processos relativos a vida e morte, a satisfação e sofrimento, normalidade e patologia, enfermidade e saúde.

Filiado à perspectiva da Saúde Coletiva, Almeida Filho discute o campo da saúde a partir da ideia de que o fenômeno da saúde/doença é um processo social, enquanto parte dos “fluxos de reprodução social”, articulado a outras práticas e formas históricas da sociedade identificar suas necessidades e problemas de saúde, produzindo suas tentativas de solução na constituição de um campo de práticas sociais, associado à noção de saúde. A respeito da saúde como objeto do campo científico ou campo de práticas diversas, como por exemplo, a área de formação em saúde, Almeida Filho (2011, p. 114) afirma que:

[...] Não se trata de um objeto obediente às determinações da predição, aquelas das antecipações limitadas e limitantes, rigorosas e precisas. Efetivamente o objeto saúde é muito mais tolerante a formas aproximadas de antecipação do seu processo, ressaltando a

natureza não linear da sua determinação e a imprecisão (borrosidade) dos seus limites. Faz parte de uma nova família de objetos científicos, construído como objeto totalizado. Trata-se enfim de um objeto por definição complexo e contextualizado, congruente com o neosistemismo típico das novas aberturas paradigmáticas. A lógica que deve predominar em tais objetos possíveis, por conseguinte, seria múltipla e plural, não se expressando de maneira codificada, mas possível de ser reconhecida por seus efeitos.

A partir desta natureza complexa do objeto saúde e desta demanda de uma pluralidade para a sua abordagem, o diálogo entre as diversas forças que compõem o campo e o setor da saúde é fundamental. Daí a necessidade de um coletivo que multirreferencie a compreensão dos processos de saúde-doença-tratamento, prevenindo contra os riscos de abuso da racionalidade política e científica. Propondo uma nova perspectiva de determinação que atenda a essa visão complexa e contemporânea do objeto do setor saúde, Almeida Filho (2011, p. 113), ao caracterizar a Saúde Coletiva, afirma que:

Enfim, o que chamamos hoje de Saúde Coletiva se estrutura sobre um campo disciplinar: a epidemiologia; um campo de ação tecnológica: o planejamento e gestão em saúde; e um campo de prática social: a promoção da saúde. Nessa perspectiva, pode ser considerado um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar que desenvolve atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares deste campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas etc. Essa área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial. Esse campo é certamente caudatário de outros campos, como os campos da prática social das políticas públicas e da saúde ambiental; o campo da ação tecnológica da clínica, definida com atenção à saúde individual; bem como os campos disciplinares da matemática\estatística e das ciências humanas e sociais.

Dentro das práticas sociais das políticas públicas que compõe o campo da Saúde Coletiva, destaca-se, a partir do recorte de pesquisa aqui proposto, a emergente e crescente área da educação e da formação no setor governamental da saúde, que pelo SUS, constitui-se em um conjunto de perspectivas, diretrizes, dispositivos, estratégias e práticas associadas a diversas políticas, tais como a atual Política de Educação Permanente em Saúde, estratégia para orientar dinâmicas de

gestão do trabalho e da educação em saúde, com vistas à organização e a democratização da atenção à saúde.

Pesquisar sobre formação em saúde, especialmente em contexto que se declara influenciado pela perspectiva da Saúde Coletiva, como é o caso do SUS, é um empreendimento instigante, dado o vigor democratizante, crítico e propositivo de sua orientação político pedagógica. Tal dimensão pedagógica é nutrida pelo discurso pragmático, crítico, demandando da participação popular e do controle social, mobilizando, portanto, processos de representação política e possibilidades de democratização das abordagens de ensino e aprendizagem em serviço. Feitas as breves considerações a respeito do que seria o campo da formação em saúde adentremos numa caracterização do setor governamental da saúde.

## 2.2 O SETOR DA FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Para caracterizarmos as orientações da formação para a educação permanente em saúde no Brasil pós Constituição de 1988, será importante contextualizar a formação no setor da saúde, discutindo a reestruturação das orientações governamentais para a redemocratização e suas implicações pedagógicas na atenção aos seus Recursos Humanos. Sigamos nesta direção tendo como marco para contextualizar as bases da formação no campo da saúde, a Constituição de 1988 e a criação do SUS, proposta a partir da 8ª *Conferência Nacional de Saúde*. (BRASIL, 1987)

### 2.2.1 A Reforma Sanitária como reorientação do setor da Saúde

Como culminância de um processo sócio-histórico de mobilização da população brasileira em face à decadência do regime militar, com consequente aumento da resistência política no país contra o autoritarismo, a 8ª *Conferência*

*Nacional de Saúde (8ª CNS)* foi convocada pelo Ministério da Saúde e realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986. A Conferência foi precedida de pré-conferências e reuniões estaduais como preparação realizada em todo o país a partir das quais foram elaborados documentos técnicos que serviram de base para discussões prévias de propostas a serem discutidas na *8ª CNS*. Este acontecimento configurou um momento fecundo e democrático no qual foi pensada a reforma do setor saúde, estruturado a partir de três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde.

Entenda-se aqui por setor uma parte da organização e gestão setorial do Estado brasileiro, tais como os setores de Segurança Pública, Educação, Economia, Comunicação etc. Refiro-me, portanto, ao setor saúde como âmbito de organização governamental para atender aos interesses públicos no que diz respeito à garantia do direito e regulação dos deveres em relação à saúde, dos indivíduos e da população. Neste setor encontram-se dispositivos normativos, proposições e críticas, equipamentos públicos, financiamento e Recursos Humanos, que atenderiam ao discurso das políticas instituídas tanto no âmbito municipal, quanto Estadual e Federal, para realizar o projeto do Sistema Único de Saúde do Brasil, responsável pela formação de seus trabalhadores, a partir de princípios, diretrizes e estratégias, alinhados com a perspectiva democrática.

Como contextualização da formação para a educação permanente em saúde, e de seu possível alinhamento em direção a uma perspectiva democrática, consideramos o que se sucede após 1988 enquanto fundamental para contextualizar o setor da saúde a partir do projeto de reforma que o orientou em sua execução. Para tal tarefa será fundamental discutir a contribuição de Paim (2008) ao analisar a Reforma Sanitária Brasileira. No período de redemocratização firmam-se as bases para a orientação da formação em saúde na contemporaneidade, no setor da saúde. Caracterizando a orientação política das reformas do setor saúde na América Latina, o autor afirma que a influência tanto dos processos de redemocratização quanto dos ajustes macroeconômicos foram fundamentais, destacando o fato de que no Brasil a proposta de reforma antecedeu os ajustes macroeconômicos.

O Brasil formulou o seu *projeto* de Reforma Sanitária na década de 80 com um sentido completamente diverso. A reforma não ocorreu de uma iniciativa das áreas econômicas do Poder Executivo, nem de uma indução internacional [...] mas, desenvolveu-se numa conjuntura de transição democrática, com ampla participação da sociedade civil. (PAIM, 2008, p. 31)

Apesar da conjuntura política de ajuste macroeconômico que insidia sobre o Brasil no final do regime militar, apostava-se num projeto onde era mais importante defender a democratização do Estado e da sociedade em resposta ao momento em que a crise do regime refletia-se no setor da saúde, por problemas tais como: desigualdade no acesso aos serviços de saúde; serviços inadequados às demandas reais e contextuais; descontrole e aumento de custos; serviços prestados com qualidade insatisfatória; financiamento inadequado; pouca articulação com outros setores no sentido da integralidade da atenção; centralização acentuada de processos decisório; ineficácia social do sistema. (PAIM, 2008) Segundo Mendes (apud PAIM, 2008, p. 114) a partir de tais constatações, na 8ª CNS, foram apresentados princípios para a reformulação do sistema de saúde nacional:

Unicidade administrativa a nível federal; regionalização e hierarquização dos serviços; integralidade e atenção à saúde; descentralização das ações da saúde; redefinição das ações entre os setores prestadores de serviços; reorientação das políticas de recursos humanos; reorientação das políticas de tecnologia e científicas; controle social do sistema.

A partir de tais propostas de princípios o que se esperava era promover a transição de uma perspectiva de medicalização da sociedade para um processo de socialização da mesma, sem que isso implicasse sua estatização. Sem dúvida alguma, faz-se presente nesta proposta de Reforma do setor a inspiração socialista-comunista, matriz de pensamento que nutre a ideia de um Estado permeável ao controle social e de garantia de direitos sociais.

A partir de uma afirmação de Sérgio Arouca, Paim (2008, p. 120) retoma a ideia de que democracia é saúde e que o projeto de reforma do setor saúde articula-se com a criação de um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. A 8ª CNS convocada pelo Ministério da saúde foi importante não só pela proposta de

estruturação do Sistema Único de Saúde do Brasil, mas, também para a organização de importantes sujeitos sociais atuantes no processo de democratização da saúde como os Conselhos de Saúde, tal como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde (Conasems).

Neste processo de construção da proposta de Reforma do setor saúde destacam-se como sujeitos: os militantes de partidos políticos, intelectuais e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), instituição esta responsável por mobilizar um trabalho de base que recuperou princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde. No relatório final elaborado na 8ª CNS foram lançados principais elementos constitutivos da reforma, demandados pelos sujeitos que se organizaram para pensá-la democraticamente. Tais elementos eram: a) ampliação do conceito de Saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular e e) constituição e ampliação do orçamento social.

Segundo Paim (2008), para garantir o encaminhamento das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) garantindo desta forma a participação da sociedade e criando a Plenária Nacional de Saúde, com representantes de movimentos populares, sindicatos, universidades, indivíduos, partidos políticos, dentre outras representações de interesses para a democratização das políticas de saúde.

Inicialmente a implantação da Reforma não foi fácil, especialmente pela recém-saída do governo militar e pelo próprio histórico antidemocrático da formação do Estado Brasileiro. Mobilizar a sociedade brasileira para uma mudança de orientação em direção a uma perspectiva democrática foi uma tarefa sobre a qual, segundo Paim (2008), a Abrasco teve papel muito importante, pela articulação de lideranças e entidades que garantiriam o acompanhamento da implantação de pontos básicos do projeto da Reforma Sanitária, dentre os quais estava a política de reestruturação da formação dos Recursos Humanos.

A proposição do distrito sanitário, que nasce no bojo da proposta da Reforma Sanitária influenciou na política de Recursos Humanos, na medida em que a demanda por integralidade das ações de saúde, bem como a acessibilidade, continuidade e resolutividade vai colocar noções pedagógicas importantes para a

formação dos trabalhadores no setor, tais como a “aprendizagem significativa”, “aprendizagem baseada em problemas” e a “abordagem crítico-dialógica”.

A proposta de descentralização advinda da Reforma, com a indução da capacidade local de gestão dos Recursos Humanos para o município, possibilitou a organização de um campo de integração ensino-serviço, base para as ações de formação em saúde, especialmente para as propostas de Educação Permanente em saúde. A partir da ênfase dada ao distrito sanitário foi proposto um aperfeiçoamento e humanização das ações assistenciais, em que foi discutido o perfil dos Recursos Humanos necessários para a Reforma, especialmente no que diz respeito a integralidade da oferta, ao controle social, e à descentralização dos serviços, todas, condições necessárias para a construção do SUS.

Uma vez instituída, após um processo de luta por interesses contraditórios, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) define, no Artigo 196, que a saúde é tratada como um direito social e dever do Estado, o que significa dizer que devem ser garantidas para cada indivíduo e para todos, as condições para a “redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” No que diz respeito as ações e serviços públicos de saúde, no Art. 198 são lançadas as diretrizes que orientam o setor da saúde enquanto rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Tais diretrizes expressam a necessidade de:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 33)

A redemocratização do país impôs a necessidade de descentralizar e multirreferenciar o processo de reforma da saúde enquanto setor, demandando de um arranjo que respondesse à ampliação da sua perspectiva. Sendo assim, a Saúde Coletiva torna-se fundamental enquanto mediação para atender às demandas de democratização e multirreferencialização da atenção aos processos de saúde-enfermidade-cuidado, concebidas no bojo da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2008). Façamos uma breve consideração sobre os resultados da implantação da

Reforma, como base para em seguida discutirmos brevemente o SUS, a partir de seus princípios, diretrizes e implicações no âmbito da formação em saúde, especialmente em relação às orientações para formação pela Educação Permanente em Saúde.

A partir da Reforma, dentre as conquistas do SUS até então associadas ao seu projeto, destacam-se: a criação de Conselhos de Saúde, a universalização do acesso, a criação dos fundos de saúde, aumento na qualificação, produção e produtividade do Sistema, no que diz respeito à prestação do serviço em saúde, a descentralização, o desenvolvimento de sistemas de informatização e informação em saúde, estes últimos, fundamentais para os processos de formação em saúde (PAIM, 2008).

De acordo com o autor citado, os problemas que comprometem a realização da proposta da Reforma Sanitária estão associados principalmente à submissão do SUS às manobras políticas advindas do partidarismo e clientelismo, bem como a manutenção do modelo médico-hospitalar hegemônico. O autor também afirma que em relação ao componente da seguridade social, predomina a ideologia liberal de assistência social.

O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Esta lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A Saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização. (AROUCA, apud PAIM, 2008, p. 297)

A submissão do SUS aos interesses partidários e a lógica das ocupações dos cargos de confiança, segundo Paim (2008), são questões ainda insuficientemente discutidas pelo movimento sanitário. O autor afirma que poucos avanços aconteceram na efetivação da integralidade e da igualdade, na institucionalização da carreira de gestor ou na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e estratégias do SUS. Em relação ao descrédito contemporâneo do SUS diante da sociedade brasileira, o autor atribui esta situação à desmobilização dos seus aliados e do uso de cargos públicos como moeda de troca entre partidos, além da descontinuidade administrativa, do caráter do Estado e



das limitações estruturais da sociedade brasileira.

Não obstante os desejos de coesão social e de cultura da paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, e da delinquência no cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o *SUS universal, humanizado e de qualidade*. O usuário-cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. (PAIM, 2008, p. 299)

Para progredir no aperfeiçoamento da Reforma, de modo a responder às necessidades de avanço e qualificação, dentro do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira foram enumeradas algumas estratégias programáticas: a) romper com o insulamento do setor saúde; b) estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; c) intensificar a participação e o controle social; d) aumentar a cobertura e a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; e) formar e valorizar os trabalhadores da saúde; f) aprofundar o modelo de gestão; g) aumentar a transparência e controle de gastos; h) ampliar a capacidade de regulação do Estado; i) superar a insegurança e o subfinanciamento (PAIM, 2008). Em relação aos interesses desta pesquisa, especialmente os itens “c)” e “e)” serão discutidos, considerando que todos os outros deveriam exercer influência direta nas orientações para a formação em saúde e conseqüentemente sobre a proposta de formação para a educação permanente em saúde.

Referindo-se às condições concretas da implantação da Reforma, a partir da qual orienta-se a formação em saúde, Paim (2008) afirma que o que foi implantado se restringiu a uma reforma setorial. Ao tratar de tais condições concretas, o autor caracteriza a Reforma no Brasil como uma tendência ao “transformismo”, pois, mudanças estruturais foram feitas com um certo distanciamento das bases populares, especialmente no que o diz respeito à regulação do Estado, pela participação dos trabalhadores e dos usuários do SUS, associada a ideia de que democracia é saúde e saúde é democracia. Quanto ao estilo transformista das mudanças na gestão política do Brasil sem a participação da população, é reconhecida a sua antiga tradição, se recordarmos da famosa frase de Getúlio Vargas, “ façamos a revolução antes que o povo faça”, pronunciada na década de 30.

Por influência da Saúde Coletiva é reforçada a compreensão de que a saúde da população está relacionada com as formas de organização social de produção, associadas aos determinantes de saúde e doença, foi assimilada pela legislação do setor saúde no seu processo da Reforma. Apesar deste ajuste na retórica do Estado, afirma-se que, na prática, essa compreensão não se configura enquanto objeto de luta política da sociedade civil nem do Estado no fortalecimento da dinâmica democrática almejada na proposta da RSB. Mesmo no momento de ascensão do Partido dos Trabalhadores ao Governo Federal, no início dos anos 2000, parece não ter havido uma atenção necessária ao desenvolvimento da consciência sanitária.

A explicação que se apresenta consiste em considerar que as dificuldades e impasses desse *processo* não se resumem a questões conjunturais tais como o retrocesso do Governo Sarney, as políticas neoliberais de Collor, o ajuste macroeconômico de FHC (com a implosão da Seguridade Social e o desfinanciamento da saúde) e o continuísmo de Lula. Procura-se argumentar que são determinantes estruturais, particularmente na superestrutura (onde se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e as características do processo da RSB. As formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, favorecendo o *transformismo*, inclusive entre os seus intelectuais, ajudam a compreender o conservar-mudando da RSB. (PAIM, 2008, p. 304)

Para o avanço da democratização do SUS e conseqüentemente da sociedade brasileira, previstos na proposta da RS, um dos entraves principais é a não emergência das classes populares como sujeitos políticos, lutando por seus interesses e regulando o Estado. De acordo com os críticos da Reforma Sanitária brasileira, não há um reconhecimento, por parte da população, de que o SUS é uma conquista das classes populares, sintoma de que a instituição do mesmo se deu por acordos firmados entre sujeitos que de alguma forma se distanciaram dos interesses e da mobilização da classe trabalhadora enquanto sujeitos políticos da democratização e regulação do Estado. Especialmente nos anos 90 houve um refluxo dos movimentos sociais, reduzindo, portanto a força de antítese mobilizada, por exemplo, no período de redemocratização pós ditadura.

[...] Se outra parte do *projeto* da RSB identificava-se com a social democracia, ao apontar para a conquista de um Estado de Bem Estar

Social, garantia dos direitos sociais, os sucessivos governos da conjuntura pós-constituição implementaram políticas econômicas e sociais com direcionalidade distinta do seu ideário, não obstante a vigência da “Constituição Cidadã”. Até mesmo o partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) que exerceu o poder da União por oito anos, esteve longe de se comprometer e implementar princípios e diretrizes da RSB de caráter social democrata. Assim, a Seguridade Social foi subvertida, restringiu-se o financiamento para a saúde, a ação foi ignorada e até a implementação do SUS não constituía a agenda prioritária do governo. Algo semelhante pode ser afirmado no que diz respeito ao Partido dos Trabalhadores (PT) que se aproximando de uma ideologia social democrata e mantendo a política econômica dos seus antecessores, não formulou nem implementou políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde e para a elevação da consciência sanitária da população. (PAIM, 2008, p. 302)

O que se percebe, segundo o autor, é uma restrição do movimento sanitário a “ações esporádicas e inorgânicas”, especialmente com o foco na implantação do SUS pelas vias legislativo-parlamentares e técnico-institucionais, restritas à operacionalização do Sistema. Diante de tal tendência, há um risco das orientações para as ações no campo da saúde, veiculadas pelo Estado, descambarem na manutenção do transformismo, para “conservar mudando”. Paim (2008) afirma que tem se considerado importante, nas discussões sobre o progresso da RSB, ações que protejam o SUS contra os interesses político-partidários, privados e corporativos, bem como da descontinuidade administrativa e da barganha política, como prevenção a retrocessos na progressão da democratização do Sistema.

Reforçando a ideia de que democracia é saúde, para que isso se efetive é necessário valorizar a ação dos sujeitos da democratização do Estado, que no campo da saúde são, principalmente, os trabalhadores e os usuários, os gestores, bem como suas entidades representativas e suas lideranças. Para o desenvolvimento da consciência sanitária junto a tais sujeitos é necessário investir em espaços educativos nos quais seja possível desenvolver reflexões problematizadoras e críticas sobre as condições de trabalho, em relação ao prometido na Reforma do Estado brasileiro.

Novos trabalhadores entram e saem do Sistema de Saúde brasileiro, especialmente com a manutenção de condições precárias de trabalho, implicando a descontinuidade do processo de aprendizagem e na desmotivação para a atuação profissional. É importante mencionar também o problema da falta de uma formação

prévia adequada à inserção no SUS e ao seu fortalecimento, enquanto Sistema para a efetivação da Reforma Sanitária, o que justificativa a demanda de uma formação em serviço. Tal formação deveria, segundo o discurso normativo coerente com a era democrática, problematizar a exploração e precarização da relação de trabalho, negociar ajustes curriculares com as instituições formadoras, respeitando sua autonomia e deve também possibilitar articulações com entidades de controle social e de representação dos interesses democráticos.

A formação em serviço no setor da saúde torna-se importante por se constituir em um espaço propício para a reflexão sobre a ação, para atender às peculiaridades do trabalho em saúde, recordando ser esse um espaço de circulação de saberes e práticas, no qual se implicam as dimensões sociais, científicas, culturais, ambientais, econômicas e em relação à retórica do Estado, na projeção de princípios, diretrizes e estratégias que orientem os processos de trabalho no setor da saúde. Vejamos, a partir de uma compreensão do que é o SUS, quais são as suas incumbências pedagógicas e onde se ancora a proposta de formação no setor da saúde, especialmente a partir da adoção da educação permanente como estratégia para a formação dos trabalhadores da saúde.

### **2.2.2 O SUS**

Uma das maiores conquistas da Reforma Sanitária foi a criação e a implementação do SUS, considerado como um dos maiores Sistemas públicos de saúde do mundo, fundado na ideia de que todas as pessoas têm direito à saúde pela sua condição de cidadania brasileira. Isso significa dizer que o acesso a tal direito a ser garantido pelo Estado não deve ser concedido por mérito ou condição socioeconômica, visto que com a noção de seguridade social pressupõe-se uma sociedade solidária e democrática, nutrida pelos valores da igualdade e da equidade.

O SUS, respondendo a necessidade de superação do modelo médico-hospitalocêntrico, fundado na cura e na doença como objeto da assistência, deve

reger ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo, portanto, risco de doenças e agravos aos indivíduos e à população. Dada a complexidade do próprio termo saúde, que foge dos domínios científicos, culturais, políticos e ainda filosóficos, a promoção da saúde implica fomentar, cultivar e estimular a qualidade de vida dos indivíduos e da população a partir do cruzamento de tradições e perspectivas em um diálogo permanente de estruturação das formas de assistência. Para tal alcance a Saúde Coletiva torna-se abordagem fundamental por fundar-se na multirreferencialidade e dialogicidade da assistência saúde.

A proteção da saúde, assentada especialmente nas contribuições científicas aplicadas ao setor da saúde, está voltada basicamente para a redução ou eliminação de riscos por ações como: vacinação, combate a vetores de doenças, distribuição de kit de redução de danos, de prevenção de DST/AIDS e contaminação por alimentos, etc. Já a recuperação da saúde implica medidas que dependem de diagnóstico precoce para evitar a complicação de um dano instaurado. Neste caso a assistência médico-hospitalar seria fundamental no processo de recuperação da saúde. Para o alcance deste tripé foram definidos princípios que norteiam as políticas do setor da saúde, mais especificamente do SUS.

A reflexão sobre as condições para o exercício do direito à saúde, fundamentam uma demanda cada vez mais radical de regulação do Estado para a resolução dos problemas de desigualdade social e da falta de condições materiais, ambientais e políticas para a garantia da saúde. O SUS, criado para efetivar o mandamento constitucional brasileiro estabelecido no Artigo 196 (BRASIL, 1988), veio para garantir o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado e passa a ser regulado pela Lei n°. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que orienta para a organização do atendimento público da saúde. Pela primeira vez na história do Brasil a saúde foi reconhecida com um direito a partir da Constituição democrática. É importante também destacar a lei n° 8.142, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço.

Assim, antes de fazer alusão às ações de serviços e saúde, a Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a

produção e a distribuição de riqueza e da renda, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as *políticas econômicas*. A educação, cultura, esporte e lazer, e segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e agravos, compondo as *políticas sociais*. (PAIM, 2009, p. 44)

Os princípios constitucionais do SUS, a “universalidade”, “integralidade”, “equidade” e “participação social”, estabelecidos na Sessão Saúde (BRASIL, 1990), apresentam pontos de ancoragem importantes para referenciar demandas de formação em saúde. Vejamos por tanto, de forma breve, o sentido de cada um destes princípios. O princípio da universalidade considerado enquanto fundamental a todo e qualquer cidadão, implica o acesso universal e significa a possibilidade de todo e qualquer brasileiro poder alcançar uma ação ou serviço de saúde. Para tal alcance o acesso deve ser garantido sem qualquer barreira cultural, física, econômica ou legal, devendo-se tornar inaceitável discriminações de ordem racial, etária, étnica, de gênero, opção sexual, grau de escolarização e letramento, dentre outros objetos de discriminação ainda presentes no contexto do SUS, o que justifica a atual Política de Humanização do Sistema.

Em relação a universalidade, quanto aos serviços e ações que compõem o SUS, compreendido enquanto rede regionalizada e hierarquizada, bem como a natureza dos seus prestadores, sabe-se que há uma complementação de serviços públicos pela contratação de prestadores privados. A noção de rede é aqui fundamental para compreender o que se espera da forma de organização dos serviços para atender às demandas de assistência à saúde. Espera-se que os serviços estejam integrados, hierarquizados e em comunicação entre si, ao contrário de tendências atuais de isolamento, autarquização e falta de articulação, problemas sobre os quais as políticas de formação continuada e permanente em saúde devem incidir, pela integração entre ensino e serviço dos trabalhadores do SUS.

A noção de rede regionalizada orienta para o modo de organização e distribuição dos estabelecimentos e conseqüentemente da prestação de serviço no âmbito do território. Tais serviços podem ser classificados enquanto básicos (ex: postos de Saúde da Família) que dentro da rede precisariam estar disseminados e descentralizados, ao contrário dos serviços mais especializados (ex: hospitais e

laboratórios), mais concentrados e centralizados, por serem de maior complexidade e maior custo, tanto pelas especialidades dos profissionais como pelo tipo de tecnologia envolvido nos processos de assistência. A regionalização é um dos princípios organizativos do SUS que depende da integração em rede e possibilita a articulação entre gestores nos três níveis para a garantia de acesso, integralidade e resolutividade nos processos de atenção à saúde do indivíduo e da população.

No sentido da integralidade o Estado deve instituir um conjunto de ações que envolva, nos mais diversos níveis de complexidade, desde a prevenção à assistência curativa, como forma de efetivar e garantir o postulado da saúde. No Artigo 198 (BRASIL, 1990), de acordo com o seu inciso II, confere-se ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. É interessante ressaltar a ênfase dada às atividades preventivas, que, uma vez realizadas adequadamente impactariam na redução dos gastos com as atividades assistenciais posteriores, por outro lado estas medidas diminuem os ganhos no mercado da hospitalização e medicalização, afetando interesses antagônicos aos da Saúde Coletiva, orientação da Reforma Sanitária e do SUS.

O princípio da integralidade é aqui fundamental, para orientar, a partir da regionalização da atenção, a garantia de que a população nele inserida tenha acesso a todos os tipos de serviço de saúde, de forma contextualizada entre demandas locais e nacionais ou ainda, internacionais, quando sobre a influência de políticas dos organismos internacionais, com a Organização das Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, esta, tão influente nas políticas de formação em saúde no Brasil.

Diante da necessidade de se garantir acesso igualitário, ou seja, acesso igual para todos sem qualquer discriminação ou preconceito, firma-se a ideia de que a igualdade é um valor importante para a saúde de todos. Considerando que na prática predomina a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, necessidade de atender desigualmente os desiguais, como medida de compensação das diferenças, por exemplo, regionais. O princípio da equidade está relacionado com o mandamento constitucional de que saúde é direito de todos previsto no mencionado

Artigo 196 da Constituição (BRASIL, 1988). Busca-se aqui preservar o postulado da isonomia, visto que a própria Constituição, em Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, Artigo 5º, institui que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Logo, todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado. Entretanto, as desigualdades regionais e sociais podem levar a incoerência dessa isonomia, afinal uma área mais carente pode demandar mais gastos em relação às outras. Por isso, o Estado deve tratar "desigualmente os desiguais", concentrando seus esforços e investimentos em zonas territoriais com piores índices e *déficits* na prestação do serviço público.

O princípio da participação social, ou do controle social como também chamado, previsto no Artigo 198, inciso III, coloca a “participação da comunidade” como base para as ações e serviços públicos de saúde, cuja influência deve estender-se pela formulação e pelo controle dos seus desenvolvimentos e execuções. Regulado pela Lei nº 8.142/90, o controle social é fundamental para a manutenção da democracia, de forma que os usuários participem da gestão do Sistema Único de Saúde a partir de estratégias como Conferências da Saúde, que ocorrem a cada quatro anos nos níveis federativos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Daremos atenção especial ao sugerido nas conferências, ao tratarmos das bases para a formação dos trabalhadores da saúde.

Em relação a esse princípio, a existência dos conselhos de saúde municipais, estaduais e nacionais é fundamental para a democratização da gestão do setor da saúde, como parte de um projeto geral de democratização do Estado brasileiro. Os Conselhos foram concebidos enquanto órgãos instrumentais para a sociedade intervir nas ações de monitoramento, avaliação e controle do SUS. A função dos Conselhos seria semelhante à de um colegiado, cujo constante dever é o de atuar na tomada de decisões, acompanhar, controlar e fiscalizar as políticas de saúde, propondo adequações e qualificação de sua execução.

Considerando que o Conselho seria um espaço político em que se busca, a partir das contradições e consensos dos interesses, controlar e aperfeiçoar a execução das políticas de saúde, foi importante também o estabelecimento da



paridade, que define metade das vagas de participação para os usuários do Sistema, um quarto para o governo e um quarto para os trabalhadores da saúde. A partir desta proporção, espera-se estimular a participação popular de forma a garantir maior legitimidade ao SUS e ao conjunto de equipamentos, estratégias e ações nele desenvolvidas.

Na correlação entre participação e trabalho no âmbito da formação no setor da saúde, os conselhos de saúde seriam fundamentais dispositivos para o desenvolvimento do controle social. Os conselhos foram constituídos no SUS para o processo permanente de educação em saúde, consideradas as devidas precauções com a legitimidade da representação e da representatividade em tais espaços. É importante avaliar em que medida o espaço do conselho é usado para o exercício dialógico de aproximação das demandas dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Tal exercício constitui uma práxis fundamental para o processo de educação dos próprios conselhos no exercício da escuta, das demandas e das contradições, papel fundamental na a valorização da subjetividade dos envolvidos no processo democrático.

Pelo horizonte democrático firmado em Constituição, a importância dos conselhos como instâncias de democratização e de orientação para a gestão do Estado e, portanto, do Sistema de Saúde, torna-se fundamental sobre os processos de orientação da formação no setor. Tanto no âmbito federal quanto estadual e municipal, os conselhos são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, incumbidos, de modo geral, da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas. Do ponto de vista democrático, a multirepresentatividade que se espera instituir nestes espaços é uma das estratégias para orientar e qualificar a gestão do público e do privado.

Compreendido o papel dos conselhos, vejamos algumas características das Conferências de Saúde, outro dispositivo importante para a regulação do Estado pelos interesses democráticos, cuja função seria a de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Como evento obrigatório a ser convocado de quatro em quatro anos, segundo a Lei n.º 8.142, tais conferências foram regularizadas enquanto instâncias colegiadas

compostas por representantes de vários segmentos sociais, que devem atuar na orientação das políticas públicas, tais como os movimentos sociais organizados, entidades ligadas à área de saúde, prestadores de serviços e os gestores das três instâncias governamentais.

A cada nova Conferência tem-se observado um aumento importante da participação da sociedade civil, fenômeno que possibilita democratizar cada vez mais a definição, o monitoramento e a avaliação de políticas de saúde, apesar de ainda ser pertinente questionar o grau de representatividade dos que dela participam. As Conferências são fóruns em que a sociedade civil discute soluções para os problemas relacionados com a saúde dos indivíduos e da população brasileira. Nelas a sociedade se articula na intenção de garantir os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e assegurar as diversas formas de pensar e vivenciar o SUS, bem como para ampliar o conhecimento sobre o mesmo, para fortalecê-lo.

A gestão participativa e a apropriação do direito à saúde são desafios constantes, pois a ampliação do controle social sobre o Estado depende, em última instância, da participação da sociedade na definição e no exercício dos direitos de cidadania. Para esta era de retórica democrática do Estado Brasileiro, há intenção de implantar uma cultura de participação, tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais. Sendo assim, fortalecer o controle social e a gestão participativa, enquanto política de um governo democrático popular, representa o compromisso de identificar, desenvolver e fortalecer dispositivos que promovam a participação da população.

O controle social e os outros princípios mencionados, portanto, devem ser assuntos fundamentais do processo de formação para o trabalho no setor da saúde no Brasil, regido pela Constituição de 1988, até então em vigor. Contextualizemos agora as implicações do SUS sobre a proposta de formação seus Recursos Humanos, especialmente na criação das condições para a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### 2.3 A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO

É importante reforçar que a formação aqui em questão está relacionada com o processo de educação dos trabalhadores atuantes no setor da saúde, mais especificamente, no SUS. Neste contexto denomina-se de diversas formas as propostas de educação em serviço, a saber: educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação.

Em geral, no campo da Saúde o termo formação denomina a educação institucionalizada (educação profissional, educação superior e pós-graduação) a partir da qual se adquire uma certificação que habilite ou aperfeiçoe para o exercício de uma profissão específica, ou de multiprofissionais. Reforçando, nesta investigação nos interessa discutir as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação pela educação permanente dos trabalhadores do SUS.

Vejamos de forma breve, ao longo das décadas de 80, 90 e dos anos 2000, que acontecimentos antecederam e propiciaram a instituição da educação permanente como estratégia de orientação para uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, voltada para a formação dos Recursos Humanos do SUS. A partir desta contextualização foram destacadas algumas pistas para situar, no setor da saúde, as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação pela EPS. Para isso serão reunidas informações a partir de 3 eixos: o normativo, o científico e o do controle social. O primeiro, a partir de documentos que marcam o contexto discutido, tais como as normativas, o segundo a partir de artigos e livros de autores que discutem a formação e a educação em saúde e o terceiro a partir de documentos de instituições que representem o controle social, tais como relatórios de Conferências Nacionais de Saúde e de conselhos de saúde.

Dada a importância do controle social e dos dispositivos de democratização, enquanto orientadores das políticas de formação em Saúde, serão levadas em conta as influências produzidas nas Conferências de Saúde, no sentido de propor diretrizes para a educação e para os processos formativos em saúde. Recordemos

como já mencionado anteriormente na contextualização do setor da formação em saúde, que tais conferências foram regularizadas enquanto instâncias colegiadas compostas por representantes de vários segmentos sociais.

As Conferências Nacionais de Saúde já ocorriam desde 1941 e apesar da política de Recursos Humanos já ser pensada antes da VIII Conferência, esta foi escolhida como marco por ter sido pensada na redemocratização do Estado brasileiro, por estar baseada na ideia de saúde como um direito, pelo fato da política de recursos humanos ser ordenada pelo SUS e articulada pela aproximação entre os eixos do ensino e do serviço, da gestão e do controle social.

Como referência para situar as bases de orientação educativa, para a formação pela educação permanente em saúde, vejamos como foram sendo estruturadas, ao longo do período pós Constituição de 1988, as mudanças no âmbito da formação de Recursos Humanos em saúde. Para isso, retomemos alguns trechos da Constituição, da Lei Orgânica da Saúde e dos encaminhamentos desenvolvidos a partir das conferências de saúde, tendo como marco inicial a *8ª Conferência Nacional de Saúde* pelo fato desta configurar mudanças importantes na retórica do Estado brasileiro em direção a interesses democráticos, como discutido anteriormente na contextualização do SUS, tais como: a instituição da saúde como direito, a importância do controle social e da responsabilização do SUS pela formação de seus trabalhadores, dentre outras mudanças.

Seguindo por este caminho, são aqui demarcadas mudanças importantes para a formação de Recursos Humanos em saúde, como base para situar as orientações da proposta de Educação Permanente em Saúde, a partir das quais serão discutidos os seus avanços, limites e possibilidades para atender às demandas pedagógicas de formação em serviço no SUS. Retomando o Artigo 200 da Constituição Nacional de 1988 nele está definido que:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei: III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. (BRASIL, 1988, p. 34)

Tais trechos representam uma atenção específica à formação dos Recursos Humanos e à inovação tecnológica que se associam nas proposições educativas.

Compreendendo a formação enquanto processo resultante da ação educativa, para a qualificação dos trabalhadores de saúde, a incrementação no desenvolvimento científico e tecnológico potencializam a pesquisa e produção de conhecimento para a orientação do processo formativo em saúde, especialmente a partir do estímulo para a produção de conhecimento no âmbito do SUS. Já no Artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, está exposto que:

Estão incluídas no campo de atuação do SUS: III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico. (BRASIL, 1990)

Percebe-se, no Artigo mencionado, a título de alinhamento da orientação da política de educação em saúde, um reforço do Artigo 200 da Constituição. Ainda na Lei Orgânica, como orientação procedimental para a organização da formação dos trabalhadores do SUS, no Artigo 14 fica exposto que:

Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único: Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL, 1990)

É interessante perceber neste trecho que a educação ou formação continuada, apesar de ser apontada por alguns autores como uma nomenclatura que caracterize uma modalidade de educação e formação pouco contextualizada com os processos de trabalho, desde sua proposição dentro do SUS, não deveria estar dissociada desta interface, como pode ser percebido na contribuição de Paim e Nunes (1992). Desde esta declaração, pode-se subentender que a ideia de permanência na contextualização de aprendizagem a partir de demandas levantadas no processo de trabalho, alimentariam as propostas de educação continuada.

As propostas educativas e os processos de formação continuada não deveriam, portanto, estarem dissociados dos processos de trabalho, da participação e do controle social, elementos fundamentais aos processos de democratização do Estado, necessários à continuidade da Reforma Sanitária e inspirados na

abordagem da Saúde Coletiva. No Artigo 15 da Lei Orgânica de Saúde é exposto que:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; XIX – realizar pesquisas e estudos na área da saúde. (BRASIL, 1990)

No trecho acima fica claro que a descentralização da gestão do SUS precisa nutrir-se de seus processos formativos, a partir de propostas educativas contextualizadas com problemas, demandas e potenciais locais e regionais, base para a territorialização dos processos formativos no SUS. Nesta direção a experiência de aprendizagem das equipes dos serviços de saúde constitui referência para o ensino e a pesquisa. A formação dos Recursos Humanos do SUS está associada não só ao âmbito do trabalho, influenciando, portanto, no âmbito da formação, antes da inserção no mesmo, tal como descrito no Artigo 27 da Lei Orgânica:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; [...] Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. (BRASIL, 1990)

A definição de conteúdos e abordagens que compõem as propostas educativas no âmbito do SUS, deveriam referenciar-se a partir de demandas levantadas no processo de trabalho e inspiradas nas políticas do SUS. Atendendo ao princípio do controle social, tais demandas precisariam passar pelo crivo dos conselhos de saúde, de forma a possibilitar a democratização da composição de currículos que atendam a interesses priorizados no campo da disputa e ajustes democráticos entre trabalhadores, usuários e gestores do SUS, base para os processos de regulação do papel do Estado. Em relação a isso, no que diz respeito

às especializações, é exposto no Artigo 30 da Lei Orgânica:

As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes. (BRASIL, 1990)

A área de formação e educação em saúde sobre responsabilidade do SUS se configura a partir da necessidade de formar profissionais que apoiem e valorizem a implantação do Sistema. Espera-se que os processos de educação dos trabalhadores do SUS possibilitem a compreensão, a análise, e a defesa de seus princípios, diretrizes e estratégias, para então atenderem às demandas de reorientação do modelo de assistência, predominantemente hospitalocêntrico nas décadas de 60, 70 e 90, para modelos mais próximos da Saúde Coletiva, apoiados no princípio da Igualdade, Integralidade e da Universalidade, da Participação e do Controle Social, bem como a descentralização dos processos de assistência à saúde. Tudo indica que o esforço atual continua sendo o de valorização da dimensão pedagógica no âmbito federal e a transferência do seu instrumental para o âmbito municipal e estadual, em direção a uma descentralização pedagógica baseada nos processos de regionalização e orientação do ensino, a partir do trabalho como eixo gerador de demandas de aprendizagem.

A década de 80, apesar de ser marcada pela efervescência na participação e controle social para a concepção e instituição da Reforma Sanitária e pela realização da *8ª Conferência Nacional de Saúde*, assiste-se ao longo dos seus anos a uma reforma ainda num âmbito da retórica do Estado, com tímidos avanços e até retrocessos no estabelecido enquanto nova orientação para a gestão dos processos de atenção aos Recursos Humanos e à gestão do trabalho e da educação em saúde. Há nesta década, uma negligência da importância da gestão de RH, resultando em pouca estruturação de políticas para a área.

Com o florescimento dos ideais neoliberais, na década de 80, inicia-se o enxugamento da máquina estatal para adequação de seu funcionamento à lógica gerencial de empresa privada, orientada para os resultados e lucro. Na área de saúde, assiste-se a uma redução do número de servidores, efeito dos processos de recuada do Estado nos investimentos para o interesse público. Tal orientação se

agrava na década de 90, com maior vigor na instituição de medidas de restrição dos investimentos estatais no interesse público e aumento nas ações de terceirização e privatização e redução de investimentos sociais.

Na década de 90, as críticas ao modelo gerencial em saúde já apontavam para o aprofundamento na reforma neo liberal do Estado. Demandava-se, portanto, de ajustes na intervenção estatal em diversos setores e consequentemente no da saúde no Brasil. Buscava-se o desenvolvimento de novas formas de se estabelecer relações com os trabalhadores, com as organizações de sua representação e com a criação de novos modelos organizativos de gestão do setor da saúde.

Sobre a influência do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998) houve uma forte tendência em preparar o país para ser inserido no processo de internacionalização da economia, demandando de ajustes no modelo organizacional do Estado que possibilitasse a concorrência, o que implicou medidas de enxugamento da máquina estatal, gerando questionamento sobre o papel do Estado como provedor direto de serviços sociais e de infraestrutura (COSTA; LAMARCA, 2013). Tal esforço de inserção do país no mercado internacional deu-se, não podemos esquecer, num país em pleno processo de redemocratização, com um Estado de tradição intervencionista e fortalecido pelo arranjo democrático.

A proposta formal para reestruturação da força de trabalho do poder Executivo do primeiro mandato de FHC (1995-1998) foi o Plano Diretor da Reforma Aparelho de Estado de 1995 (PDRAE). Ele definia como principal objetivo estratégico de reforma a separação de funções do Executivo como proprietário de empresas e de prestador de serviços. Nessa opção, o Executivo deveria privatizar as empresas de sua propriedade ou conceder a atividade a terceiros. As funções econômicas do Estado brasileiro estariam limitadas à regulação por meio de agências autônomas. O PDRAE acolhia, assim, a ideia um novo papel para a função econômica do poder Executivo e dos próprios Ministérios, alterando em profundidade o modelo de governança verticalizado praticado no país. Pela verticalização o Executivo federal brasileiro deteve o controle direto de muitas empresas de infraestrutura, definindo política de preços, investimento, rentabilidade e contratação de força de trabalho. (COSTA; LAMARCA, 2013, p.1603)

Nesta época, com base na transferência de serviços providos aos cidadãos, como saúde, educação, pesquisa, mas não de exclusiva responsabilidade do Estado, abre-se espaço para a contratação de organizações públicas não estatais,



dando espaço para a estruturação das chamadas Organizações Sociais, criadas pela Lei 9637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, dando outras providências.

Segundo Garcia (2010) o Plano Diretor da Reforma Aparelho do Estado, referência para o horizonte de mudança amadurecido na década de 90, apresenta um modelo gerencial com ênfase na descentralização, no controle dos resultados, na verificação da eficiência, na redução de custos e na produtividade. Assiste-se a organização de um Estado que é regulador e promotor, com tendência a recuar investimentos no desenvolvimento econômico e social do Brasil. Nesta década, sob a queixa em relação aos altos gastos públicos envolvidos com o setor da saúde, assiste-se a uma ampla reformulação de sua gestão, orientada para a redução de investimento e de pessoal, tendo em vista o alinhamento com a nova ordem da internacionalização do Estado brasileiro, apoiada na privatização, na terceirização e na redução de custo.

Uma das explicações para tal fato refere-se à política de pessoal adotada no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, entre os anos de 1995 e 1998. Nesse período, diferente do ocorrido com as carreiras típicas de Estado nas áreas jurídicas, de administração financeira e de gestão estratégica, na área da saúde, assim como em outras referentes a políticas sociais, não foi incentivada a reorganização ou expansão das carreiras. [...] Ainda contribuíram para a diminuição do número de pessoal ativo, os planos de demissão voluntária dos servidores, a contenção de profissionais ingressados por concurso público, o aumento das aposentadorias voluntárias e o processo de privatização de empresas estatais e de economia mista. (GARCIA, 2010, p.40)

A década de 90 é apontada como período de poucos investimentos na formação de Recursos Humanos, os principais protagonistas do SUS, e apesar de em 1995 terem sido difundidas as Escolas de Saúde, houve dificuldade no alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS, mencionados anteriormente. A partir da *9ª Conferência Nacional de Saúde* (BRASIL, 1993), realizada em 1992 após a criação do SUS, cujo tema foi a “municipalização como caminho”, no que diz respeito a área de formação dos Recursos Humanos foi apontado como importante:

- assegurar uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos que se articule com os órgãos formadores; [...]
- promover a imediata regulamentação do Art. 200, Inciso III, da Constituição Nacional que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos;
- garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior;
- assegurar que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde destinem recursos orçamentários para a capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento;
- garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS e ampliação do número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais da área da saúde. Os atuais programas de residência médica e de outras categorias profissionais nos hospitais do Inamps não deverão sofrer descontinuidade. (BRASIL, 1993, p. 30)

Como se pode perceber pelas cobranças divulgadas nesta Conferência, ainda se carecia de uma política de formação e capacitação dos Recursos Humanos, bem como de diversificação do quadro profissional em saúde. No ano da *9ª Conferência Nacional de Saúde*, segunda realizada após a redemocratização nacional e criação do SUS, Paim e Nunes (1992) publicam um artigo intitulado “contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva”, no qual é lançado um conjunto de reflexões para embasar uma proposta de educação continuada dos trabalhadores do SUS, orientada pela perspectiva da Saúde Coletiva. O artigo é apresentado com o objetivo de discutir e sistematizar princípios, objetivos, estratégias e orientações metodológicas para a formulação de um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva (PEC-SC) coerente com a proposta da Reforma Sanitária e inspirador dos processos de educação e formação em saúde para o SUS.

Retomar esta publicação é aqui importante por ela se constituir em um relevante ensaio de proposta de formação para o âmbito do SUS, na qual é possível perceber os pontos de ancoragem para uma proposta de educação coerente com as demandas da Reforma. A partir desta proposta enriquece-se a discussão sobre as orientações para formação de trabalhadores do SUS. Outro motivo importante para retomar este artigo é o fato dele apresentar um desdobramento do “Projeto de

Educação Continuada”, articulado pelo Ministério da Saúde, resultado da preocupação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) a partir da Coordenação Nacional dos Cursos Descentralizados (CONCURD), elaborado em reunião com a equipe precursora em 1990. Tal projeto, diga-se de passagem, foi elaborado pelo conjunto de universidades inseridas na pós-graduação em saúde coletiva no Brasil, bem como pelas referências estruturadas a partir de problematizações levantadas na experiência de trabalho das realidades de saúde nacionais e demandadas pela população.

No início do artigo mencionado Paim e Nunes (1992) desenvolvem uma crítica aos modelos de formação no campo da saúde de caráter idealista, orientados para operar mudanças na mentalidade dos Recursos Humanos que teleologicamente mudariam as práticas de saúde e propõem as referenciar-mos enquanto práticas situadas em uma dada sociedade, ou seja, contextualizada a partir de uma problematização das condições de vida da população e dos indivíduos. Seguindo nesta direção o autor propõe a superação da formação para uma “consciência crítica” dos agentes de mudança no setor da saúde, reconhecendo os limites de mudanças efetuadas a partir de consciências individuais, desarticuladas de movimentos sociais de sustentação e de um aporte teórico que inspire mudanças estruturais.

A título de orientação para a formação, articulando-a com a proposta de Reforma Sanitária e com a Saúde Coletiva, propõe-se processo educativo inicialmente generalista que iria gradualmente, ao longo da experiência profissional e sobre as influências da inovação tecnológica, das práticas desenvolvidas no setor da saúde, gerando conteúdos próprios, enquanto objetos de aprendizagem estruturados num processo contínuo de reflexão e contextualização das ações. No que diz respeito aos princípios para o Programa de Formação Continuada em Saúde Coletiva (PEC) apontados por Paim e Nunes (1992, p. 254), vejamos todos abaixo em sua íntegra:

- A educação é um processo contínuo;
- Todo grupo social é educativo;
- O esforço educativo é universal;
- A educação permanente é integral;

- 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, nos problemas sociais dentro de um projeto histórico;
- O PEC descentralizado reconhece a autonomia, rejeita a tutela e inclui uma ou mais instituições de referência nacional, aqui representada pela Ensp/Fiocruz;
- O PEC é flexível, pois comporta retificações e ajustes no processo;
- O PEC é participativo no planejamento, execução, acompanhamento e avaliação;
- O PEC toma as práticas de saúde coletiva como eixo integrador;
- O PEC assume os problemas de saúde e dos serviços enquanto geradores de áreas temáticas.

Tais princípios apontam para uma noção ampla de educação, no sentido de reconhecer a sua integralidade e dinâmica nos processos formativos dos sujeitos, enquanto experiência de vida em todos os grupos que referenciam os seus modos de ser. A valorização da participação nos processos de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação do SUS é outro traço fundamental do PEC. Os objetivos do programa estão explicitados no Anexo B.

Ao referir-se a um conjunto de estratégias coerentes com os princípios e objetivos listados anteriormente, Paim e Nunes (1992, p. 264) propõem: primeiro a formação de um banco de dados de egressos; segundo, a realização de seminários e oficinas de trabalho; terceiro, a articulação entre instituições acadêmicas e serviços de saúde no âmbito estadual; quarto, análise da situação com as informações organizadas nas etapas anteriores e sobre o modelo de capacitação; por fim, a quinta estratégia, focada na ênfase a ser dada no nível local dos serviços, com o objetivo de contextualizar as demandas de aprendizagem para o PEC. Tais estratégias precisam ser avaliadas a partir da sua possibilidade de garantir a contextualização dos processos de capacitação, identificar as necessidades de aprendizagem, as características do processo educativo e o monitoramento de sua realização.

Com base em tais estratégias Paim e Nunes (1992) propõem uma metodologia que iniciaria pela “análise de contexto”, seguindo pela “identificação das necessidades de aprendizagem” dos trabalhadores do SUS e em seguida seriam

feitas as “definições dos perfis de aprendizagem”, para, por fim, desenvolver os processos de capacitação. Na “análise do contexto” levar-se-ia em conta a situação nacional, as condições socioeconômicas, os determinantes das situações de saúde, a influência das políticas públicas e do trabalho, bem com as estruturas e objetivos das instituições e serviços de saúde.

Na “identificação da demanda de aprendizagem” dos trabalhadores, passa-se pelo estudo de egressos, pela organização do banco de dados com informações dos trabalhadores e pela organização de eventos formativos, tais como seminários e oficinas de trabalho com os grupos envolvidos num dado contexto de aprendizagem. “Os perfis educacionais” consistem em agrupamentos orientadores de demandas formativas, compostos a partir de “conhecimentos e habilidades para enfrentar necessidades de aprendizagens, solicitações dos serviços, demandas sociais e aspirações individuais.” A capacitação, termo aqui usado no sentido de tornar uma equipe capaz de atender às demandas emergentes ao processo de organização da atenção à saúde, momento clímax de organização do processo educativo, é definida da seguinte forma:

Finalmente, no que se refere ao processo de capacitação (quarto momento), buscar-se-ia assumir o trabalho ou, mais especificamente, as práticas em saúde coletiva como eixo integrador do processo educativo. Reuniões de equipe, sessões técnico-científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde) e outras ações concretas no ambiente de trabalho (levantamento, pesquisas em cooperação etc.) podem representar iniciativas e oportunidades para instrumentalizar o trabalho como eixo educativo, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas. Estas ações deveriam ser complementadas com outras modalidades de trabalho educativo, como a supervisão capacitante, orientação de estudos, auto-instruções e modelos de educação a distância etc. (PAIM; NUNES, 1992, p. 268)

Em relação à gestão deste processo formativo é sugerido que sejam estabelecidas as responsabilidades das instituições acadêmicas a ele associadas e dos serviços de saúde integrantes do processo presentes nos diversos níveis de atenção. Para o monitoramento e avaliação, foram sugeridas análises de desempenho e investigações educacionais operativas para que fossem feitos ajustes e mudanças ao longo do processo educativo.

A educação continuada aqui discutida só teria sentido enquanto demanda significativa situada nas necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, dos usuários, dos gestores, emergentes e permanentes no setor da saúde, este, não dissociado dos processos sociais como um todo da sociedade brasileira, visto que o projeto de Reforma Sanitária foi pensado como parte de um projeto de reforma de Estado, rumo a horizontes democráticos. É importante observar que para Paim e Nunes (1992), a concepção de Educação Continuada está associada a processos permanentes de formação, a partir dos quais se justificaria a ideia de uma educação permanente, no sentido de que um PEC só seria bem sucedido se baseado nos processos de pensar para agir e agir para pensar, problematizando o cotidiano do trabalho em interface com a participação e o controle social.

A educação continuada, por centrar-se sobre as práticas de saúde, por enfrentar problemas não estruturados no âmbito dos serviços e nas comunidades e por privilegiar as oportunidades educativas surgidas no cotidiano dos trabalhadores de saúde, escapa da concepção habitual da planificação educacional. (PAIM; NUNES, 1992, p. 266)

A concepção de educação continuada apresentada pelos autores citados nos faz repensar a tendência contemporânea de associar a priori, à sua concepção, o caráter “bancário” atribuído por Paulo Freire (1987) ao se referir a pacotes de conteúdos e metodologias que se orientam para o depósito de conteúdos, preestabelecidos fora dos contextos de trabalho e do controle social, tornando-se, portanto, pouco significativos no sentido de serem descontextualizados das demandas advindas da problematização dos processos de trabalho em saúde. Após a revisão da proposta do PEC fica claro que antes da educação continuada ser criticada pelo Ministério da Saúde como justificativa para a proposição da educação permanente, não se deve esquecer que a mesma, longe de ser naturalizada enquanto abordagem bancária e distante dos propósitos do SUS, foi pensada no bojo da Reforma Sanitária para atender à perspectiva da Saúde Coletiva.

Retomando a trilha histórica da atenção à formação dos Recursos Humanos em saúde, ainda sobre as implicações da Reforma Sanitária nos anos 90, na *10ª Conferência Nacional de Saúde* ocorrida em 1996, cuja chamada foi “onde dá SUS, dá certo!”, no que se refere aos investimentos na formação dos trabalhadores de

saúde é mencionado que:

266 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos trabalhadores em Saúde [...]; 268 As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais devem implantar e manter técnica e financeiramente Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, autônomos, com atuação integrada com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e com as Secretarias de Educação e universidades; [...] 271 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estimular e fomentar a capacitação em Gerência de Serviços para os secretários e dirigentes de Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), universidades e Núcleos de Saúde Coletiva; [...] 273 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem manter assessoria permanente aos Municípios para a realização de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação de trabalhadores em saúde. (BRASIL, 1998, p. 66)

No trecho acima fica clara a preocupação, desde 1996, com o esforço de descentralização da capacidade pedagógica do Ministério da Saúde para os estados e municípios, com previsão de apoio técnico e financeiro, bem como de parceria com instituições formadoras, Conselhos de Saúde e os gestores dos serviços de saúde. No que se refere à formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, no relatório da 10ª CNS (BRASIL, 1998), foi deliberado, como pode ser visto no Anexo C, que o Ministério da Saúde deveria apresentar um Plano de ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde, ação com previsão orçamentária para realização.

Para tal alcance foram colocadas algumas orientações: criação de Comissões Permanentes para a integração entre os Conselhos de Saúde, os serviços de saúde e as instituições de ensino fundamental e superiores; adequação da formação dos profissionais de saúde para atuar na Atenção Integral à Saúde, individual e coletiva; revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior; utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de

trabalhadores em saúde; criação de Escolas de Saúde Pública; criação de novos cursos de nível médio e superior em saúde; garantia de financiamento para a formação; aumento de vagas na residência médica e ampliação de vaga para outros profissionais de saúde e participação de gestores em projetos de avaliação das instituições formadoras de recursos humanos.

As demandas de educação dos Recursos Humanos no setor da saúde já contavam com previsões importantes nos anos 90, sobre as condições necessárias para o seu desenvolvimento, a partir de articulação com o controle social, pela garantia de apoio financeiro, de integração entre os conselhos, as instituições do ensino e os serviços de saúde, bem como pela criação de novos cursos para atender às demandas do SUS e com o apoio das Escolas de Saúde Pública. Para a adequação de currículos da área de formação em saúde, demanda-se de apoio entre os Ministérios da Educação e Saúde, bem como de participação dos gestores na avaliação dos processos educativos em saúde. Vejamos em que circunstâncias se desdobraram tais intenções no contexto de mudança na presidência nacional, rumo ao período dominado pelo Partido dos Trabalhadores e suas coligações.

Nos anos 2000, com o fim do mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), inicia-se um período orientado para uma direção um pouco diferente da anterior. Afirma-se que em termos de reforma do Estado o Governo de FHC foi mais ousado e que o governo Lula, tímido na implantação de uma agenda própria com o seu viés desenvolvimentista (COSTA; LAMARCA, 2013). Esperava-se que a inspiração no Partido dos Trabalhadores implicasse num processo de reestatização de empresas, de recursos e uma recuada na orientação política nacional a partir de adequações à conjuntura internacional e às metas da política macroeconômica. Porém, isso não foi o que aconteceu.

Assim, Lula não promoveu rupturas importantes na condução macroeconômica deixada pelo ajuste estrutural do governo anterior. Mesmo antes de ganhar as eleições, a sua coalizão de apoio sinalizou para o mercado financeiro e investidores internacionais que não alteraria nos fundamentos da gestão econômica de FHC. O superávit primário, o regime de meta da inflação e o câmbio flutuante foram mantidos. A LRF continuou em vigor, intocada. As privatizações não foram revertidas. [...] (COSTA; LAMARCA, 2013, p. 1604)



No que diz respeito à formação para os Recursos Humanos no SUS, Peduzzi (2013) afirma que nos anos 2000 assiste-se a uma virada importante na área, fato marcado pela substituição de tal nomenclatura pela ideia de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Em seu artigo a autora apresenta análise da produção científica sobre Trabalho e Educação na Saúde com base em revisão da produção nacional das últimas duas décadas, apontando, portanto para tendências positivas na reconfiguração da política de formação dos Recursos Humanos.

A autora afirma que a centralidade do trabalho e dos processos de trabalho, como orientação para a formação dos trabalhadores no SUS, expõem com se deu no Brasil a mudança na concepção de gerenciamento de recursos humanos para a concepção de gestão do trabalho e da educação na saúde. Tal transformação, portanto, seria um indicativo de que houve uma ampliação na abordagem de RH e na forma de inserir e demandar da participação dos trabalhadores do SUS nos processos de atenção, gestão, formação e educação permanente no setor da saúde.

[...] Embora se argumente sobre a riqueza da abordagem Trabalho e Educação na Saúde, que possibilita tomar em consideração a interdependência e a mútua influência entre a formação, a inserção no mercado de trabalho e a atuação dos trabalhadores nos diferentes contextos, os resultados da revisão mostram o predomínio da temática formação e capacitação de profissionais de saúde com 71,2% da produção. Por um lado, isto assinala que há um desequilíbrio dos temas tratados, visto que se observa também escassez dos estudos sobre planejamento e gestão do trabalho. Porém, por outro, mostra que estão contempladas as interfaces no tratamento de temas como a educação permanente, que toma o trabalho como princípio educativo, e trabalho em equipe que, mais recentemente, é também abordado na perspectiva da educação interprofissional, com base no reconhecimento da necessidade de debater prática e educação interprofissional. (PEDUZZI, 2013, p.1540)

Diante deste predomínio da dimensão educativa na pesquisa da área de Trabalho e Educação em Saúde, com o foco reduzindo no polo do trabalho, é necessário fomentar pesquisas que estabeleçam pontes com entidades de representação dos interesses dos trabalhadores, dos movimentos sociais, junto com o controle social e as instâncias de negociação, implementação, avaliação e aperfeiçoamento de políticas públicas de educação em saúde.

Provavelmente pelo fato de, no âmbito da pesquisa e da formação em saúde, se focar pouco no eixo do trabalho, no sentido de fortalecer o controle social e a organização dos trabalhadores, na abertura dos anos 2000 ocorre a *11ª Conferência Nacional de Saúde* (BRASIL, 2002) cuja chamada foi: “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Dado o avanço em relação à relevância do controle social é importante destacar aqui um trecho com as proposições da Conferência quanto ao assunto:

a) Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizar, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas gerais (princípios do SUS, seu papel na atenção à saúde) e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistema de informação, as Normas Operacionais Básicas do SUS, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público [...], garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido de sua instituição como sujeitos da transformação da ideologia hegemônica; [...] (BRASIL, 2002, p. 65)

Tal conferência marca a demanda de um investimento importante na cobrança de adequação democrática do SUS e no seu comprometimento com a Reforma Sanitária, visto que a formação crítica de agentes do controle social (conselheiros e usuários) foi um dos focos importantes, a partir da discussão de assuntos que potencializem o empoderamento, tanto em relação aos temas gerais quanto específicos, mencionados na citação acima. Na mesma conferência, em relação aos investimentos na Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, foi dada atenção especial à garantia de financiamento para a formação e à responsabilização de municípios e estados a assumirem a descentralização das ações de formação em saúde, com estabelecimento de percentual a ser investido no orçamento público na área. Neste sentido foram colocadas as seguintes sugestões:

183. Canalizar Recursos Financeiros para a formação dos Recursos Humanos do SUS, definindo o perfil profissional apropriado a partir de necessidades concretas locais. Assegurar a disponibilidade de recursos financeiros para a viabilização de programas de

capacitação e qualificação permanente dos RH nos municípios, no estado e na União. Sugere-se que sejam assegurados recursos financeiros (no mínimo 1% do orçamento da saúde) para qualificação a capacitação de Recursos Humanos em cada esfera de governo, com prioridade e programa aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. [...] 185. Que a União, estados e municípios ampliem a sua atuação na realização de cursos de especialização e aperfeiçoamento em saúde pública, descentralizados por regionais de saúde. (BRASIL, 2002, p. 164)

Como se percebe na citação anterior, além do foco no controle social, as demandas levantadas na Conferência sobre a garantia de financiamento, de qualificação permanente e de capacitação gerencial tiveram grande importância. Quanto a formação de pessoal para a saúde, a demanda por adequação do ensino superior e da educação em saúde às demandas do SUS, foram intensas. No eixo relacionado com a formação de pessoal da saúde, na regulação da relação entre os eixos do ensino com o do serviço no fortalecimento do SUS, foram levantadas as seguintes demandas:

a) **Ordenamento da Formação de Recursos Humanos pelo SUS** – a necessidade de regulamentar o artigo 200 da Constituição Nacional; incentivar técnica, financeira e politicamente a expansão da pós-graduação em Saúde no Brasil; estabelecer regras nacionais de articulação entre o MEC, as Sociedades de Especialistas e o CNS, e passar ao SUS a decisão sobre especialidades a serem criadas ou extintas, bem como a regulamentação da diversificação dos papéis das profissões e das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho da Saúde; b) **Redimensionamento do Papel dos Aparelhos Formadores em Saúde (universidades e escolas técnicas) no fortalecimento do SUS** – revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam com o debate da política, legislação e trabalho no SUS; articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de Controle Social do SUS; estabelecimento de estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem práticas, rotinas e métodos na Atenção à Saúde; d) **Educação Contínua em Saúde** – todos os aparelhos formadores e instâncias de serviços que atuam em ensino, pesquisa e desenvolvimento científico e/ou tecnológico devem propor sistemas de atualização do conhecimento para as diversas categorias profissionais. (BRASIL, 2002, p. 166)

Nos pontos acima fica clara a força de determinação que o SUS deveria ter sobre a criação, adequação, eliminação e expansão de propostas de pós-graduação no Brasil a partir das necessidades do setor da saúde. Percebe-se aqui, apesar da

indiscutível necessidade de dar continuidade ao projeto da Reforma Sanitária democrática, a base tanto para a importante adequação do ensino superior ao serviço, quanto o risco da restrição na autonomia das instituições de ensino superior dos profissionais da saúde. Em relação a formação de profissionais, regulação e papel da universidade, foram aprovadas recomendações, como descrito no Anexo D, destacadas do relatório da 11ª CNS (BRASIL, 2002), nas quais prioriza-se a criação de novas instituições de ensino para atender a demandas de aprendizagem regionalizadas e contextualizadas a partir das necessidades epidemiológicas e declaradas pelas suas populações, nas quais a participação dos trabalhadores e usuários é fundamental.

A revisão de currículos das instituições formadoras de trabalhadores da saúde, bem como a revisão e adequação do seu aparato tecnológico às demandas do SUS são outras recomendações importantes verificadas no Anexo D, especialmente a partir de arranjos democráticos compostos por representantes dos conselhos de saúde e gestores. Em relação a abordagem para atender à nova lógica dos processos de ensino e aprendizagem no SUS, a Saúde Coletiva, o viés multidisciplinar orientam as estratégias de formação em interface com os serviços de saúde, via criação e garantia de financiamento para as residências em saúde.

Tais recomendações (ANEXO D) descrevem os arranjos para a intervenção que o SUS, nas figuras dos gestores, trabalhadores e controle social, deveria exercer sobre a aproximação entre o eixo do ensino com o do serviço. A regionalização dos processos de ensino e aprendizagem em serviço é base fundamental para referenciar a qualidade da educação na saúde, bem como a intervenção das bases sociais. Sem ela, afirma-se que aumentam os riscos de hegemonia dos interesses da gestão, das instituições formadoras, dos manejos do clientelismo e do favoritismo, problema passivo de ocorrer diante da lacuna nas bases sociais que ainda predomina no âmbito do SUS. Quanto à educação continuada foi deliberado:

201. Garantir aos Recursos Humanos em Saúde e processos permanentes de Educação Continuada, nas três esferas de governo, inclusive sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em Saúde Pública. Que todo profissional de saúde tenha treinamento de ingresso nos serviços, e que os governos federal, estaduais e

municipais assumam a sua parcela de responsabilidade com o financiamento do SUS, de forma a facilitar o encaminhamento da necessária qualificação dos Recursos Humanos para o Sistema. [...] 205. Descentralizar e regionalizar as ações das Escolas de Saúde Pública, para uma melhor qualificação e educação continuada dos trabalhadores da Saúde. (BRASIL, 2002, p. 170)

No trecho acima, a educação continuada é apontada como parte do processo permanente de educação dos trabalhadores do SUS, a ser garantida em todas as esferas do governo. A descentralização pedagógica das ações da ESP torna-se condição necessária para o processo de regionalização já comentado. No Relatório da *12ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 2003, cujo tema foi “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”, no item “Gestão da Educação em Saúde” (BRASIL, 2004) está exposto, como pode ser visto no Anexo E, o quanto se chegou a um detalhamento da estratégia de organização da formação para a educação permanente em saúde.

Recomenda-se, também a criação de coordenações de educação em saúde nas três esferas do governo, com foco em educação popular e permanente, via articulações intersetoriais e de caráter multiprofissional. O estabelecimento de responsabilidade entre as três esferas governamentais, e organizações internacionais na cooperação técnica e financeira e na implantação e manutenção de processos de avaliação técnica e monitoramento da formação em saúde.

Recordemos que no ano desta Conferência, em 2003, inicia-se a passagem para a gestão do governo Lula, contexto em que é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Percebe-se, a partir da citação anterior, uma intensificação da dimensão pedagógica do SUS no âmbito da gestão. Neste mesmo trecho, não se menciona mais o termo “educação continuada” e ressalta-se a necessidade de implementar políticas e programas de educação permanente com foco na intersetorialidade e com equipes multiprofissionais.

A avaliação de processos e impactos da educação dos trabalhadores também é condição necessária para a qualificação permanente do ensino e da aprendizagem no SUS. Os fóruns regulares para a criação de políticas de educação dos trabalhadores na saúde são base importante para a regionalização das demandas de aprendizagem, na interface entre gestores, trabalhadores, usuários e controle social. No trecho citado acima aparece a demanda de aproximação entre o

Ministério da Educação e o da Saúde para estruturação das políticas de educação em saúde. Como pode ser visto no Anexo F, trecho do relatório da *12ª Conferência Nacional de Saúde* (BRASIL, 2004, p. 126), em relação ao item “Formação dos Profissionais de Saúde” foram demandando na XII Conferência, ações que aprofundariam recomendações estabelecidas na anterior, demonstrando continuidade nas diretrizes colocadas.

A ampliação da implantação dos PEPS nos territórios nacionais de saúde, como estratégia para o controle e adequação das propostas de formação, foi outra recomendação importante. O PEPS é apresentado como dispositivo de caráter autônomo, com viés democrático, participativo, com inclusão de estruturas regionais e municipais do SUS e instâncias distritais de educação. Recomenda-se que o controle e acompanhamento das ações dos PEPS sejam feitas pelo controle social dos Conselhos de Saúde federais, estaduais e municipais. Segundo o sugerido, almeja-se, contudo isso, modificar a formação dos trabalhadores da saúde com enfoque em conteúdos disciplinares em comunicação em saúde, diversidade étnica, cultural e racial da população brasileira, o caráter subjetivo da atenção e educação em saúde, bem como a garantia dos direitos e deveres humanos, a redução de danos e a organização e funcionamento do SUS.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde consistiriam, idealmente, em uma unidade de descentralização pedagógica da gestão do trabalho e da educação na saúde para o âmbito municipal e estadual. Percebe-se aqui que, com a criação dos Pólos a estratégia da educação permanente em saúde ganharia centralidade e reforçaria a importância da processualidade do trabalho, do controle social e das demandas epidemiológicas regionais como referências de regulação do ensino.

Ao se deliberar que os Pólos de Educação Permanente em Saúde tenham caráter autônomo, com gestão exercida de forma colegiada, democrática e participativa, contando ainda com a participação de estruturas regionais e municipais de gestão e ensino do SUS, cria-se uma arena para a disputa de interesses, ainda que desiguais. O antagonismo e conflito, portanto, são constitutivos dos processos de deliberação a favor do SUS, nos quais a participação dos Conselhos, dos usuários e dos seus trabalhadores é fundamental.

A partir do horizonte democrático explicitado na proposta de Reforma

Sanitária e firmado nos princípios e diretrizes do SUS, enquanto estratégia para a reforma do Estado, a subjetividade dos trabalhadores, do controle social e dos usuários deixa de ser ameaça para o Estado e objeto de sujeição, como no regime militar e passa a ser estruturante das políticas públicas na redemocratização do Brasil.

Ainda em relação ao trecho citado do relatório da *12ª Conferência Nacional de Saúde* (BRASIL, 2004, p.126), no item relacionado com a Educação Permanente e Educação em Serviço, como pode ser verificado no Anexo G, foram destacadas importantes recomendações para avanços nas estratégias de formação em saúde: melhoria da qualidade das práticas educativas dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a população, tendo em conta a dimensão cultural, racial e étnica e de gênero enquanto orientação para a dimensão educativas da saúde; garantia de regularidade na formação pela educação permanente em saúde voltada para gestores, com foco em planejamento, gestão participativa, avaliação e execução orçamentária; a garantia de liberação de carga horária do serviço para a participação dos trabalhadores em atividades de formação foi outra recomendação importante, bem como a garantia de recursos para a formação dos mesmos, por repasse de recursos da instância federal; a garantia de formação para os trabalhadores terceirizados do SUS foi outra recomendação importante.

Para que a educação em serviço se alinhe com a estratégia da educação permanente, a atenção especial aos profissionais que estão na linha de frente da atenção à saúde, bem como a sensibilização dos gestores, são condições necessárias para o seu alcance, especialmente no que diz respeito à gestão participativa, atividades de planejamento, execução orçamentário-financeira, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde, fundamentais para o fortalecimento do SUS na lógica da Reforma Sanitária.

Diante dos riscos dos prestadores de serviço em saúde não se alinharem à perspectiva de atenção adequada ao SUS, foi também importante a exigência, nos contratos de prestação de serviço, de garantia de educação permanente dos seus trabalhadores. Com os efeitos da privatização e da terceirização, iniciados no governo de Collor de Melo, aprofundados no governo de Fernando Henrique e mantidos no governo Lula, tal medida é uma importante prevenção contra o

predomínio da mentalidade privatista em detrimento da lógica democrática demandada para o SUS. Isto também se aplica à exigência de uma preparação para condições dignas de trabalho, o que implica a valorização do trabalhador.

Na *13ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 2007, cujo tema foi “saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento”, dentro do segundo eixo temático do documento, (BRASIL, 2008), foram encontradas importantes informações relacionadas com a Educação Permanente em Saúde.

Como destacado no Anexo H (BRASIL, 2008, p. 90), as recomendações desta Conferência apresentaram maiores detalhes na orientação de parcerias e de estratégias para a garantia da formação dos trabalhadores em serviço. A partir dela sugere-se maior articulação entre as Escolas de Saúde Pública, os Hospitais Universitários e a Fiocruz na formação de gestores, conselheiros e agentes comunitários de saúde. A implantação da Portaria MS nº1.996/07, que garante disponibilidade de recurso para a educação permanente em saúde, foco especial na formação de gestores do SUS foi um passo importante na garantia de financiamento para a EPS.

No que diz respeito ao processo de regionalização da formação em saúde, há recomendações de que sejam implementadas, pelo Ministério da Saúde, nas secretarias de saúde estaduais e municipais, Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde que possibilitem identificar e atender às demandas loco-regionais em saúde, formando Núcleos de Educação Permanente descentralizados e de composição multiprofissional, intedisciplinar, intersetorial e para todos os trabalhadores do SUS. A partir de tais políticas recomenda-se formação dos sujeitos da saúde por meio de abordagens dialógicas, lúdicas e afetivas na compreensão do cotidiano do trabalho, a serviço da atenção à população, com foco na “humanização, promoção da saúde, integralidade e resolutividade”.

A normatização dos processos de integração de ensino e serviço foi outra recomendação destacada no relatório da *8ª CNS*, a partir da qual sugeriu-se a criação de Comissões de Ensino-serviço de Educação Permanente nos municípios. Foi destacada também a prioridade dada à necessidade de articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de



propostas que possibilitem compreender as diferentes realidades e suas especificidades nas orientações das ações de formação em saúde, em especial para as áreas de Atenção Básica, estratégia de Saúde da Família e Rede de Saúde Mental.

A exigência por garantia de recursos por parte dos entes federados para a educação permanente, bem como a parceria entre as instituições da rede de formação, presentes no SUS, como base para a realização da formação de conselheiros e agentes comunitários de saúde, representam avanço persistente em direção à regionalização e valorização do controle social. A exigência de implantação da Portaria MS nº 1.996/07 é um passo importante para avançar em uma estratégia menos atravancada e mais adequada de repasse de recursos para financiar a educação permanente em saúde, progredindo em relação à estratégia de captação de recurso por edital predominante no período dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Reforça-se a importância das Escolas Técnicas de Saúde enquanto centros de referência regionais/estaduais de educação em saúde, com destaque para a importância da formação de gestores no apoio aos processos permanentes de formação dos trabalhadores e de descentralização da capacidade pedagógica a partir da implementação, no âmbito municipal e estadual, de uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, como estratégia de regionalização de demandas de formação. O enfoque específico, por exemplo, na Saúde da Família, com o apoio do programa “Tele Saúde” e com a proposta de avaliação de perfil de profissional para adequação de sua educação permanente, indicam foco à necessidade específica de cada área de atenção à saúde.

Tais especificidades demandam de planejamento de educação permanente para cada área de atenção à saúde, a ser inspirada na Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde municipal ou estadual que o oriente. Nas Políticas e planos de Educação Permanente em Saúde, municipais e estaduais, deveriam ser estabelecidas metas físicas e financeiras para as propostas de formação em saúde, podendo-se estender-se por especialização, mestrado e doutorado. A indicação de abordagem de metodologia adequada à educação permanente é aqui fundamental para que fique mais claro, para além de inspirações

de princípios e diretrizes, que elementos caracterizam a prática pedagógica necessária ao fortalecimento do SUS.

Como ressaltado no trecho do Anexo H (BRASIL, 2008, p. 90), comentado anteriormente, demanda-se de uma formação de sujeitos por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, da ludicidade, da afetividade e da compreensão e significação ativa sobre o cotidiano do trabalho para o atendimento e esclarecimento à população. Além destes traços pedagógicos listados, poderia ser acrescentada, para além do esclarecimento à população, e necessidade de escuta de suas problematizações e de suas demandas.

A responsabilidade das secretarias de saúde em normatizarem os campos de integração do trabalho com a formação, incentivando a implementação e o funcionamento de comissões de ensino-serviço de educação permanente é condição necessária para que funcione o novo arranjo que passa a substituir os Polos de Educação Permanente em Saúde então extintos.

As Comissões Permanentes de Integração de Ensino-Serviço devem ser espaços de formulação de políticas de educação permanente em saúde em apoio a todos as esferas de gestão para a construção de pactos coletivos a partir de articulações intersetoriais e corresponsabilidade entre as esferas de governo. Demanda-se de uma importante triangulação de referências para balizar a aproximação entre os processos pedagógicos de formação dos trabalhadores e as diferentes realidades sociais, quando é proposta a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais. Dentro do eixo II, no item “inédito” (BRASIL, 2008) foram encontradas as seguintes indicações para os avanços na estratégia da educação dos trabalhadores da saúde:

[...] 55. Fortalecer as instituições formadoras do SUS, as Escolas Técnicas do SUS, como instâncias prioritárias de formação profissional de nível técnico e educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, garantindo atendimento à totalidade dos trabalhadores da rede SUS das três esferas com amplo processo de controle social; 58. Que os Ministérios da Saúde e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e o controle social, definam e implementem uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que contemple estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e a produção de conhecimento interdisciplinar para o fortalecimento do trabalho em

equipe, a qualificação de professores para metodologias ativas de ensino-aprendizagem e para a ativação de processos de mudança, a parceria entre instituições de ensino, serviços de saúde e as organizações comunitárias, buscando a construção de novas tecnologias do saber/fazer em saúde que rompam com a lógica de fragmentação do conhecimento, em consonância com o princípio da integralidade, garantindo a formação de um profissional de saúde comprometido com o SUS, com a qualidade da atenção à saúde, com o usuário e com o controle social, e que esta política não fique apenas como incentivo financeiro.[...] 101. Que o CNS e os conselhos estaduais e municipais garantam mais recursos financeiros para a implementação das ações de comunicação e informação em saúde, para a melhoria da formação de recursos humanos e da conscientização dos usuários, e sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS, em especial as previstas pelo Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2008, p. 130)

No trecho acima, o incentivo às mudanças em todos os níveis de formação profissionais contempla estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e produção de conhecimento interdisciplinar. Tal perspectiva foi escolhida na expectativa de que ela potencialize a articulação em equipe, em diálogo com o saber local para a estruturação de novas tecnologias do saber/fazer em saúde, em direção ao princípio da integralidade do SUS. Na direção desta integralidade, a instrumentalização do processo educativo pelas ações de comunicação e informação em saúde, marcam esta segunda fase da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, agora, sobre a orientação do Pacto Pela Saúde, a ser brevemente discutido no próximo capítulo.

Dentro do eixo III do relatório da conferência (BRASIL, 2008), voltado para a “participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde” foram encontradas as seguintes indicações associadas à formação dos trabalhadores do SUS:

33. Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população. [...] 53. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem promover e assegurar dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pela Resolução CNS nº 363/2006, em parceria com instituições de ensino superior e com a criação de núcleos de

educação permanente, para promover a inclusão social qualificada para o controle social, formar e qualificar as ações de conselheiros de saúde e todos os atores envolvidos com o SUS, contemplando temas relevantes acerca das políticas públicas de saúde e relacionadas, com o intuito de proporcionar maior conscientização sobre direitos e deveres, universalização das informações, autonomia para atuação no controle social, formação de representações legítimas, aumento da capacidade propositiva e de fiscalização efetiva das ações e serviços de saúde e o exercício da gestão participativa, fazendo uso de diversificados formatos, meios de comunicação, metodologias e linguagens adequadas à cultura e à realidade local, em caráter permanente. (BRASIL, 2008, p. 159)

Ao que indica a citação acima, especialmente por ela estar na sessão de “inéditos”, nesta conferência deu-se maior atenção ao controle social como elemento fundamental para orientar a educação permanente dos trabalhadores do SUS, pela via do comprometimento com as necessidades sociais e de saúde da população. A dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS marca a importância dada à formação de representações legítimas e ao aumento da capacidade propositiva e de fiscalização das ações e serviços de saúde, nutridas pelo exercício da gestão participativa.

Chegando ao encerramento deste breve resgate histórico sobre a formação dos trabalhadores do SUS, a partir de referencial normativo, de documentos dos Conselhos e de produções científicas, é inegável o importante progresso dos arranjos para a democratização da gestão do trabalho e da educação em saúde, com aumento do enfoque no controle social, apesar da dissolução dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, arranjo a ser discutido no próximo capítulo. Outro progresso percebido foi a garantia e melhor adequação de financiamento para a perspectiva da Educação Permanente em Saúde, bem como a importância dada ao aperfeiçoamento de estratégias pedagógicas alinhadas com os princípios e diretrizes do SUS, a partir da indicação de uma gestão participativa, em diálogo também com seus gestores, trabalhadores e os usuários. As estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e a produção de conhecimento interdisciplinar são outras características do

período da conferência, com maior investimento em dispositivos de ensino e aprendizagem relacionados com a comunicação em saúde.

Apesar dos rumos neoliberais tomados nas décadas de 80, 90 e no início dos anos 2000 no Brasil, como já discutido anteriormente, as forças de coerência com a proposta de Reforma Sanitária e de fortalecimento do SUS não deixaram de atuar na constituição de políticas que deram prosseguimento ao ajuste democrático proposto na Constituição de 1988. As conferências, os Conselhos de Saúde, bem como organizações com a Abrasco e as Universidades exerceram papel fundamental na manutenção da resistência necessária para frear o Estado brasileiro na direção de um ajuste meramente macroeconômico.

Ainda preocupa a questão levantada por Paim (2008), ao apontar para o esvaziamento das bases populares da Reforma Sanitária e conseqüentemente de fortalecimento do SUS. Ainda é necessário saber mais sobre o impacto da maior atenção dada ao controle social na contemporaneidade, de forma a compreender a qualidade dos seus processos de representação e o grau de representatividade no âmbito dos Conselhos e nos espaços de formação dos trabalhadores do SUS. Dentro dos avanços da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o grau de abertura na retórica do Estado para ser estruturado a partir das demandas do controle social, na arena democrática entre a gestão, as instituições formadoras e os trabalhadores do SUS, é um indicativo importante de preparação para democratização da formação dos trabalhadores do SUS.

Como são poucos os trabalhos disponíveis sobre o impacto da Política de Educação Permanente em Saúde regida pelo Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006) a partir de 2006, a discussão dos próximos capítulos se concentrará sobre os avanços, limites e possibilidades da Educação Permanente em Saúde principalmente até o período em que foram destituídos os Pólos de Educação Permanente em Saúde, em 2006.

### **3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE, SEUS AVANÇOS E LIMITES PARA O SETOR DA SAÚDE**

Após a contextualização da educação permanente quanto a suas orientações, a partir da discussão sobre o seu campo, o seu setor e o breve resgate histórico da formação dos trabalhadores da saúde no Brasil, chegamos finalmente na segunda parte da resposta à questão da investigação, a etapa dedicada aos avanços e limites da formação pela educação permanente no setor da saúde. Tal recorte possibilita destacar os avanços como alcance dos objetivos associados à estratégia de Educação Permanente em Saúde em alinhamento com os princípios do SUS e os limites, enquanto condições e fatores que inibem o alcance das intenções colocadas a partir da EPS.

#### **3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

A apropriação da noção de educação permanente para o campo da saúde deu-se após longos anos de referência à formação continuada, quase que como superação deste segundo modelo, como se uma oposição entre os dois termos marcassem divergência de orientação e não uma complementariedade. Nos anos 2000 a noção de Educação Permanente começa a ganhar espaço nas discussões sobre formação dos trabalhadores do SUS. Decisiva foi a influência da XI Conferência de Saúde, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso em 2000, pela criação de condições para intensificar o tema da formação dos Recursos Humanos do SUS. Com discutido no capítulo anterior, tal Conferência colocou o controle social como elemento fundamental para a efetivação do SUS e apoiou-se nas críticas à reestruturação neoliberal do Estado Brasileiro e suas implicações no setor da saúde, no que diz respeito à redução de quadro de trabalhadores, precarização do vínculo de trabalho e transferência de responsabilidades públicas

ao setor privado. Tais acontecimentos colocaram em risco os direitos públicos e as conquistas democráticas, nas mãos da iniciativa privada.

Com forte reforço do Artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), esta Conferência ajudou a fundamentar a necessidade de se estruturar uma política nacional para adequar a inserção, a valorização e a qualificação dos trabalhadores em serviço no SUS. Nesta Conferência são organizadas as bases para a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/RH-SUS – (BRASIL, 2005) e demanda-se de um processo de descentralização da formação em saúde, para atender aos processos de territorialização, articulação com sociedade civil, movimento dos trabalhadores e com a gestão local do SUS.

Apesar do termo “educação e formação continuada” predominarem nos textos do relatório da XI Conferência, o termo “educação permanente” aparece quando é mencionada a importância da formação continuada e dos processos permanentes de formação dos trabalhadores que demandam o SUS, no sentido dela ser fruto de um permanente processo de problematização e atualização das demandas de transformação e aprendizagem nos processos de trabalho. Isso justificava a criação de um programa que orientasse a formação permanente dos trabalhadores da saúde, uma antiga demanda.

Somente no relatório da *12ª Conferência Nacional de Saúde* (BRASIL, 2004), ocorrida em 2003, no início do governo Lula, é que o termo “Educação Permanente” aparece como orientação para a formação em saúde. Dentre as inovações apresentadas na área da educação e saúde estava a reformulação da área de “Recursos Humanos”, que passaria a ser chamada de “Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde”, a partir de críticas do MS dirigida ao risco de “coisificar” as pessoas como mero “recurso” para operacionalizar a oferta de serviços no setor da saúde. Tal revisão de conceito buscava coerência com as demandas de valorização do trabalhador e, conseqüentemente, de desprecarização dos processos de vínculo de trabalho, ambos aprofundados nos anos 80 e 90. Nesta Conferência já são pensadas as bases para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O termo Educação Permanente aparece com maior frequência no relatório da Conferência, tendo o Ministério da Saúde adotado esta nomenclatura para designar a estratégia de formação dos trabalhadores do SUS.

Em 2003 é criada pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com a incumbência de elaborar políticas para gerir os processos de educação, distribuição e gestão dos trabalhadores do SUS do Brasil. A SGTES dispunha de dois órgãos centrais para viabilizar a sua intervenção: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES). O primeiro órgão incumbia-se de elaborar e acompanhar políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, bem como garantir o seu incentivo e acompanhamento.

Ao segundo órgão coube formular políticas de desenvolvimento profissional, educação permanente e formação dos trabalhadores do SUS. Tal política de formação, em alinhamento com os princípios do SUS, especialmente em relação ao controle social, a integralidade e a universalidade, estender-se-ia para fronteiras intersetoriais, para articulação com movimentos sociais, entidades representativas dos trabalhadores e Conselhos de Saúde. Tal abrangência seria garantida pela articulação entre as instâncias municipais e estaduais na cooperação pelo apoio técnico, financeiro e operacional, atendendo às demandas de instituições formadoras alinhadas com o SUS, organizações de educação popular e de outras instituições importantes para a rede de Educação Permanente em Saúde (EPS).

O DEGES foi subdividido em três coordenações gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, com foco no ensino superior das profissões de saúde; Ações Técnicas em Educação em Saúde, com foco na educação profissional dos trabalhadores da saúde e Ações Populares de Educação na Saúde, para a promoção da participação e do controle social, abrangendo formação e produção do conhecimento para a gestão social e participativa das políticas públicas de saúde.

Diante da importância da parceria com instituições de ensino superior, responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, no documento da SGTES (BRASIL, 2003a) intitulado *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS* são declarados compromissos a serem assumidos com tais instituições, dentre os quais destaca-se a educação permanente dos profissionais do SUS, tanto no campo da atenção quanto no campo da gestão.



Além deste, para maior alinhamento da formação dos trabalhadores com as demandas do SUS, foram também colocados mais dois compromissos: mudanças nos currículos de graduação dos profissionais da saúde e formação de professores que compreendam e atendam às atualizações no modelo assistencial e de gestão dos serviços, demandadas para o SUS.

No item 3 das Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde (BRASIL, 2003b), intitulado “proposta”, no qual refere-se às mudanças importantes na formação dos trabalhadores da saúde, encontram-se indícios de como a educação permanente é compreendida e incorporada ao discurso de orientação das políticas de formação em saúde:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.

Assim, na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção terá que ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definem a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas sim a partir dos problemas assistenciais e da gestão, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização da instituição, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, de trabalhar em equipes matriciais, de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (BRASIL, 2003b, p. 3)

Como se percebe acima, a incorporação da noção de educação permanente como estratégia para orientar a formação dos trabalhadores do SUS traz consigo um conjunto de termos acessórios que configuram um instigante direcionamento crítico, dialógico, multirreferenciado, participativo e transformador do campo da saúde, clareando horizontes democráticos para melhor vislumbrar aproximações com o projeto da Reforma Sanitária, base para a organização dos processos de formação dos trabalhadores em saúde, finalidade tão almejada desde a Constituição de 1988. A partir desta inspiração, demanda-se de transformações e qualificação dos processos de trabalho, bem como de uma orientação ascendente e transdisciplinar de organização da oferta de serviços em saúde.

No que diz respeito ao compromisso da SGETS (BRASIL, 2003b) com a educação permanente, fica claro que ela deve envolver: a gestão - a formação de secretários municipais e equipes gestoras de sistemas de saúde, bem como a formação de equipes gestoras de unidades de saúde (unidades hospitalares, básicas e intermediárias), gestão da informação, gestão do trabalho em saúde, vigilância, etc; os processos de atenção individual e coletiva – o atendimento pré-hospitalar, a atenção de urgência e emergência, a internação domiciliar, a cirurgia ambulatorial, a saúde mental, a gestação saudável, etc; a formação - educação de profissionais de saúde, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, aprendizagem significativa, metodologias de avaliação, gestão de programas de ensino, educação em saúde, o controle social e a intersectorialidade - com foco na articulação intersectorial, a ser oferecida aos diversos profissionais que compõem a rede inter e multidisciplinar do campo da saúde.

Diante de tal abrangência das ações da SGETS, fica claro que a Educação Permanente é transversal aos processos de estruturação do trabalho em saúde: a gestão, os processos de atenção individual e coletiva, a formação, o controle social, a intersectorialidade e a multidisciplinaridade. Ceccim (2005), um entusiasta da proposta da estratégia da EPS, que inclusive foi um dos sujeitos da organização da PNEPS, afirma que a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta propõe programa de formação técnica focada em ensino e aprendizagem de determinados conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica e mudança institucional. O mesmo autor associa a

Educação Permanente em Saúde à Educação Institucionalizada de Profissionais, considerando que esta responderia às demandas complexas da dinâmica do mundo trabalho, inserindo neste, estratégias de ensino e aprendizagem.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), nesta relação de resposta às dinâmicas do mundo do trabalho, a EPS estaria situada no aqui e no agora, a partir de demandas diárias das equipes de trabalho, para instituir mudanças no âmbito do ensino, gestão e controle social. Por isto, pela amplitude deste extenso projeto educativo, Ceccim (2004/2005) considera, e não seria difícil concordar com o mesmo, que a *educação permanente em saúde* é um “desafio necessário”. Vejamos então quais foram as implicações desta idealização tão esperada para a criação de uma política nacional de ordenação da formação no campo da saúde, baseada na estratégia da educação permanente.

### 3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O ano de 2004 foi um marco na institucionalização do conceito de educação permanente para o campo da saúde. No dia 13 de fevereiro de 2004, foi aprovada a Portaria nº 198/GM, documento que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), respondendo à antiga demanda por uma política que ordenasse o processo de formação no SUS como previsto na proposta de Reforma Sanitária, nas Conferências de Saúde discutidas anteriormente e como sugerido nas contribuições de Paim e Nunes (1992). A PNEPS é definida como estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, reforçando a obrigação constitucional do Ministério da Saúde em ordenar a formação de seus profissionais, apoiando processos de produção de conhecimento como fruto dos investimentos e do desenvolvimento científico e tecnológicos no setor.

A PNEPS adota como conceito pedagógico, como o próprio nome da política indica, a educação permanente, associada com a ideia de novas formas de gerir os problemas do SUS, consubstanciando-se ao mesmo tempo com a educação para a

gestão, controle social e resolutividade. A PNEPS vem consubstanciar esse papel no âmbito do Ministério da Saúde, com a ideia de criar um referencial norteador que supere a tradição de práticas pedagógicas fragmentadas. A nova frente de trabalho toma como imprescindível a criação de um dispositivo que impeça o planejamento da educação e da formação centralizado em decisões de cima para baixo, advindas de técnicos do Ministério da Saúde, os quais, a maioria das vezes, desconhecem as reais problemáticas do sistema de saúde (LEMOS, 2010).

Para dar prosseguimento aos ajustes institucionais necessários à implantação da PNEPS o Ministério da saúde criou um Colegiado de Gestão que foi em seguida denominado de Pólo de Educação Permanente para o SUS (PEPS). Segundo documento da SGTES, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004), os Pólos de Educação Permanente foram criados para responder às necessidades de ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, bem como da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social. Na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004, p. 11) a SGTES determina que a gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em saúde, que configuram:

- espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Considerado como um dispositivo do SUS em cuja atuação deve ir além da formação em saúde, os PEPS deveriam mobilizar diversos atores nas “rodas de debate” e nas construções coletivas das estratégias de atenção em saúde, tais como: gestores estaduais e municipais; universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva; Escolas de Saúde Pública (ESP); Centros Formadores (Cefor); Núcleos de Saúde Coletiva;

Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS); hospitais de ensino; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os PEPS dever-se-iam constituir enquanto espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, de suporte para se pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais. Com base nos princípios e diretrizes do SUS, podia-se afirmar que a educação permanente seria a proposta mais apropriada para apoiar a efetivação do Sistema, pois articularia gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação. No texto da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004, p. 13) que trata das funções dos PEPS, o processo de educação permanente, implementado no SUS, deveria priorizar:

[...] as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde; as equipes de urgência e emergência; as equipes de atenção e internação domiciliar; as equipes de reabilitação psicossocial; o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal; os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde; o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde; ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

Diante da diversa composição disciplinar do setor da saúde, bem como da ampliação do conceito de saúde para a sua dimensão antropológica, social e ambiental, a interinstitucionalidade é uma orientação fundamental para a EPS, na negociação de diferentes interesses e pontos de vista existentes nas práticas diárias nos territórios loco-regionais. Ainda no documento em questão (BRASIL, 2004) na discussão sobre a interinstitucionalidade da EPS, ressaltou-se a importância de acompanhar e avaliar o grau de suporte dado aos processos de territorialização das necessidades em saúde, compatibilizadas com as características epidemiológicas e demográficas de cada população. Esta referência é de fundamental importância

para, a partir dos PEPS, localizar e regionalizar demandas permanentes de aprendizagem.

No item da “Operacionalização dos Polos de Educação Permanente em Saúde” da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004) são listados tópicos orientadores da implantação dos PEPS, a saber: 1. Função dos Polos de Educação Permanente em Saúde; 2. Regras em relação aos Pólos de Educação Permanente em Saúde; 3. Diretrizes para validação e acompanhamento de projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e, 4. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

A título de esclarecimento sobre a abrangência e articulação das ações do PEPS, o documento da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS conta ainda com um item chamado de “Outras estratégias para o apoio e a dinamização da constituição da educação permanente em saúde e fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde” (BRASIL, 2004, p. 24) no qual encontram-se as seguintes estratégias: 1. Mudança na formação de graduação das profissões da saúde e Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS para estudantes de graduação; 2. Formação de formadores e de formuladores de políticas; 3. Acompanhamento e avaliação das iniciativas em curso; 4. Revisão da Política de Especialização em Serviço/Residência Médica; 5. Secretarias Estaduais de Saúde Educadoras: produção da formação e desenvolvimento em saúde como atributo estadual no SUS; 6. Rede de Municípios Colaboradores para a Educação Permanente em Saúde; 8. Educação Popular em Saúde; 9. Projeto de serviço civil profissional e prioridade à região amazônica brasileira; 10. Educação nos Hospitais de Ensino.

Esta configuração da PNEPS, como previsto na conclusão do documento em questão, coloca o SUS enquanto interlocutor das instituições formadoras dos profissionais a serem nele inseridos e os já trabalhadores do mesmo. O Sistema precisa influenciar na definição de projetos políticos pedagógicos das instituições formadoras e não simplesmente ser espaço para estágio e contextualização da formação. Por fim, ainda na conclusão do documento, desafia-se a União a abrir-se para a força das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular, modificando a arquitetura de atuação do modelo dos fluxogramas – de

caráter linear – para inspirar uma gestão baseada na dinâmica das “rodas”.

Por uma série de problemas a serem melhores analisados ainda neste capítulo, tais como a dificuldade com o processo de descentralização das propostas de formação em saúde, bem como a mudança de gestão da SGTES, ocorreu a destituição da estratégia dos PEPS em 2006. A partir deste período a PNEPS passa a ser norteadas pelas exigências do Pacto pela Saúde, estabelecidas pela Portaria nº 399/GM de 30 março de 2006 (BRASIL, 2006), instituindo novas propostas de orientação e gestão do SUS, a partir de três linhas de ação: Pacto Pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS.

Nesta mudança, a PNEPS recebe influência de novas orientações das diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde. Tais orientações expressam-se pela demanda de repolarização do debate em torno do SUS, para a melhoria e aumento na participação da sociedade na gestão do mesmo, bem como aprofundamento na regionalização da atenção, do financiamento e do Planejamento como base para a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), instrumento para a regulação da atenção à saúde e da assistência, bem como para o controle social e a gestão do trabalho e da educação na saúde.

A partir desta reconfiguração advinda do Pacto Pela Saúde, a condução da PNEPS, anteriormente sobre a responsabilidade dos PEPS, agora passa a ser organizada regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007) define-se esses arranjos. Vejamos quais as suas funções gerais, com foco específico no apoio à EPS. No Artigo 3º da Portaria o CGR é caracterizado enquanto instância de pactuação permanente, de cogestão solidária e cooperativa, formada pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). No Artigo 4º ficam estabelecidas as atribuições do CGR:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e

desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência; IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência; V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário. (BRASIL, 2007, p. 3)

No Artigo 5º do documento citado, na caracterização e composição dos CIES, demanda-se participação de gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda cita-se que de acordo com as especificidades de cada região, deve-se incluir:

I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (BRASIL, 2007, p. 4)

Na previsão da composição da CIES, busca-se garantir o espaço multirreferenciado para se elaborar, monitorar, avaliar e transformar a PNEPS, a partir do diálogo entre gestores, trabalhadores, instituições de ensino dos profissionais da saúde e movimentos sociais. No Artigo 6º do documento em questão, no que diz respeito às atribuições da CIES, são listados:

I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria; III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a



capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (BRASIL, 2006)

Em relação às atribuições da CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde, no Artigo 11 (BRASIL, 2007, p. 5), são listadas:

I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado; III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

No Artigo 12 são expostas as atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;  
II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (BRASIL, 2007, p. 6)

No que diz respeito ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde, assunto fundamental para viabilizar a resposta às demandas levantadas no processo de trabalho, no Artigo 17 (BRASIL, 2007, p. 6) da Portaria nº 399/GM, fica claro que o financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações.

Foi declarado que a partir do ano de 2008 os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios regularizados pela assinatura de um Termo de Compromisso de Gestão. Esse modelo de orientação da PNEPS, gerido pelos Colegiados de Gestão Regionais ainda predomina até o ano de 2014.

Diante desta discussão que situou brevemente os arranjos desenvolvidos no campo da saúde para atender à PNEPS enquanto orientação para a formação dos trabalhadores do SUS, percebe-se que investimentos foram feitos para instituir uma dinâmica democrática, gerando interface entre a gestão, as instituições formadoras dos profissionais da saúde, o controle social, os trabalhadores e usuários da saúde. Tal configuração gera grande expectativa sobre os avanços que esta idealização possibilitou, no sentido de fortalecer o SUS e realizar a permanente Reforma Sanitária condizente com a Constituição democrática brasileira. Vejamos, portanto, o que se constituiu enquanto avanço na experiência da formação pela EPS, em relação à idealização deste processo.

### 3.3 OS AVANÇOS PELA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No âmbito Legal é importante ressaltar que a constituição de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma resposta a demandas antigas por uma política de formação dos Recursos Humanos, discutida muito antes da Constituição de 1988, quando a situação de precarização da relação de trabalho era mais aguda e o modelo assistencial hegemônico era o hospitalocêntrico, de modo que a assistência era para poucos que podiam consumir e se beneficiar do serviço de saúde.

A adoção do termo “permanente” para o modelo de educação e formação em saúde confere à estratégia, uma valorização do processo de aprendizagem cotidiano pela contextualização e problematização das permanentes demandas de

aprendizagem para o fortalecimento do SUS.

A literatura evidencia que o conceito de educação permanente, forjado no campo da educação, é assimilado pelo campo da saúde como estratégia de enfrentamento dos problemas gerados nos processos de trabalho, sendo ao mesmo tempo subsídio e transformação dos mesmos. (PINTO, et al., 2013, p. 7)

O que se aponta enquanto avanço é o fato de que tal estratégia possibilita a ampliação do processo formativo para além das propostas educativas estruturadas fora do contexto de trabalho, tais como foram, no caso de alguns cursos de especialização, capacitação, aperfeiçoamento, importantes para o processo formativo dos trabalhadores. O caráter permanente desta educação em saúde produz outro avanço do ponto de vista legal, em relação ao eixo de articulação ensino e serviço, de modo que as instituições formadoras alinhem-se com o modelo assistencial proposto na Reforma Sanitária, na legislação do SUS e nas discussões levantadas nas Conferências de Saúde, para a construção de uma consciência sanitária inspirada na Saúde Coletiva.

Uma das principais contribuições do primeiro período da PNEPS foi a disseminação da ideia de EPS pelos municípios, a partir da expansão dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, tendo estes, chegado, segundo Lemos (2010), a um número de 96 Pólos espalhados por todo o país em 2006. Esta experiência se constitui em um importante esforço de descentralização da gestão político pedagógica em prol da parceria entre Municípios, Estados e o Ministério da Saúde, na tentativa de transferir tecnologia, orientação, financiamento, contratação de pessoal e demais apoios à valorização do trabalho, do controle social e da gestão, eixos de balizamento pedagógico para o levantamento de demandas de aprendizagem para o desenvolvimento do SUS. A influência da Educação Permanente estendeu-se para além da formação em serviço, visto que o SUS demanda às instituições formadoras (Universidades, Escolas Técnicas de Saúde) de uma adequação dos seus currículos, de suas abordagens e das suas estratégias de formação às demandas dos processos de trabalho, do controle social e da gestão em saúde, em alinhamento com a PNEPS.

Recordando que a PNEPS se apoia sobre o eixo do trabalho, este importante

avanço possibilita colocar em pauta tanto os interesses dos trabalhadores e suas entidades representativas, quanto as demandas dos gestores da saúde, abrindo espaço para discutir os objetivos, as diretrizes e as metas do setor da saúde, bem como discutir a necessidade de valorização do trabalhador, na garantia de condições dignas e desprecarizadas de vínculo profissional com o SUS.

[...] a gestão do trabalho passa a ser uma bandeira tanto do Estado, com sua ótica de gestão modernizante, quanto dos setores progressistas do movimento de reforma sanitária, que desde a I CNRS, evidenciavam a necessidade de criação de uma política de recursos humanos e de conformação de novas organizações. Será que enfim Estado e instituições de controle social do SUS entraram em consenso? (LEMOS, 2010, p. 80)

Por um lado parece haver, no eixo do trabalho, uma abertura para sujeição dos trabalhadores aos interesses do Estado, por outro a possibilidade de tais sujeitos sujeitarem o Estado nas regulações políticas advindas dos processos de controle social e de valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, bem como a frente de educação popular. Eis que se coloca a subjetividade como estruturante do Estado. Vejamos, dada esta abertura para pensarmos se a estratégia da EPS potencializou a regulação sobre o Estado ou a submissão ao seu controle, que limites foram apresentados na experiência de formação pela EPS.

### 3.4 OS LIMITES DA FORMAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No que diz respeito ao ideal a ser implantado pela proposta de formação dos trabalhadores do SUS, tanto em relação a primeira quanto em relação à segunda fase da PNEPS, é importante que sejam listados os limites que recaem sobre tal proposta, na intenção de ter em vista os pontos de ancoragem para inspirar estratégias de superação dos mesmos. Evidenciando os limites que serão aqui discutidos, espera-se contribuir com o balizamento de políticas e processos de qualificação da proposta de formação dos trabalhadores do SUS. É claro que devemos considerar, neste exercício interpretativo, os problemas de legitimidade da

representação política.

Os limites sobre os quais nos debruçaremos aqui devem ser entendidos enquanto empecilhos para o alcance dos resultados esperados pela estratégia da EPS. Para não parecer que se valoriza aqui unicamente o discurso do Estado, a partir das normativas como referência para analisar os limites pela legislação, subentende-se que nelas a influência dos Conselhos de Saúde e da participação social se deu nas instâncias de negociação de interesse e de definição de tais políticas, visto que o contexto de construção da PNEPS orientou-se a partir de um exercício democrático, validado entre Conselhos de Saúde, representantes do governo, organizações de controle social, usuários e os trabalhadores do SUS.

Em relação ao primeiro período de execução da PNEPS, entre os anos de 2003 e 2006, Lemos (2010) destaca alguns limites importantes em relação à experiência de formação pela EPS. A autora analisa documentos de avaliação da DEGES e contribuições de outros autores para sinalizar dificuldades na fase de implantação e duração da política de formação em saúde, com base na lógica da gestão participativa descentralizada e na organização em PEPS, até a sua mudança por alinhamentos com o Pacto Pela Saúde, com a destituição dos PEPS.

Em relação aos problemas, inicialmente destacam-se as ações paralisadas por excessiva disputa de poder o que gerou demanda de mediação do DEGES. A pouca e difícil apropriação dos conceitos e das práticas de educação permanente, bem como a dificuldade dos atores locais em formularem políticas que atendam às demandas das áreas técnicas específicas também foram destacadas. Esta dificuldade de compreensão e incorporação da perspectiva da Educação Permanente foi também destacada por Lemos (2010) em relação às propostas educativas elaboradas pelas equipes dos serviços de saúde e enviadas ao Ministério da Saúde, por estas apresentarem uma perspectiva de educação “mais tradicional”.

A autora se referiu também às propostas de educação permanente que apresentaram descontextualização de conteúdos em relação às demandas permanentes de aprendizagem e destacou a predominância de abordagem expositiva e vertical de ensino, com tendência a pontualidade e dissociação em relação às demandas dos trabalhadores. Quanto a qualidade e durabilidade dos projetos de EPS enviados ao Ministério da Saúde foi considerado que:

[...] a maioria dos projetos de EPS era de curta duração (com até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns), o que se confronta com a ideia de permanência pretendida. Os autores supracitados consideraram que a maioria dos projetos não foi executada por instituições públicas, podendo-se questionar a ruptura pretendida pelo PNEPS com a lógica da compra de produtos. (LEMOS, 2010, p. 75)

O fato das propostas serem encaminhadas com as deficiências apontadas acima evidencia a dificuldade de assimilação da lógica da EPS e conseqüentemente de adequação da formação dos trabalhadores do SUS. Diante disto a autora comenta que quando o Ministério da Saúde desenvolveu um curso de Mediação para a Educação Permanente em Saúde no período de existência dos PEPS, houve dificuldade no processo seletivo pela incorporação de pessoas que não estavam vinculadas diretamente aos serviços, o que resultou num retrocesso em relação à proposta da EPS.

Outro problema destacado foi a divergência entre membros da SGETS em relação ao modo de compreender e empreender a aprendizagem significativa, havendo um conflito entre a concepção inspirada pela Organização Pan-americana de Saúde e o modelo de gestão participativa adotado para efetivar a EPS no âmbito do MS. Apesar do interesse em gerar descentralização e empoderamento dos municípios, houve tensão ao se instituir os PEPS enquanto instância decisória, havendo estranhamento da gestão estadual em relação ao modo como o DEGES implantou a PNEPS, tendo Lemos (2010) ressaltado também o fato do mesmo manter relação direta com as instituições envolvidas no processo de formação, negligenciando a participação das Secretarias Estaduais. A autora cita outros problemas:

Uma avaliação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2006) destacou mais alguns problemas em relação à primeira fase da PNEPS: descontinuidade do funcionamento do programa; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos, com geração de discricionariedade por parte da equipe técnica responsável por isso; recentralização da decisão: a equipe técnica do MS decide o que é ou não prioridade, que já foi pactuado antes em todas as instâncias estaduais, como os PEPS, a CIB, o CES e a negligência da participação da gestão estadual. (LEMOS, 2010, p. 74)

A descontinuidade no financiamento, a morosidade na liberação e repasse dos recursos financeiros e a demora no retorno dado sobre as propostas de formação enviadas ao Ministério da Saúde foram também destacados por Lemos como alvo de fortes críticas. Apesar da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) que detalha os procedimentos da EPS no município explicar que o repasse dos recursos seria permanente, com transparência administrativa garantida, outro ponto agudo da execução da Política, segundo Lemos (2010) foi o conflito entre a ideia de um financiamento permanente com a concessão do recurso a partir da seleção e aprovação de projetos.

Dentre outros fatores que limitaram o processo de financiamento, a autora destaca ainda a morosidade da máquina pública, a dificuldade de comunicação entre a DEGES, os PEPS e as instituições executoras no atendimento das demandas locais, além de gastos altos com propostas desalinhadas com a perspectiva da PNEPS. Foram destacados também, como maior influência sobre o problema do financiamento, os entraves burocráticos, com ênfase no campo político, no que diz respeito a baixa preocupação e ocupação com a execução da Política. Outro ponto agudo em relação a esta primeira etapa de execução da PNEPS foi o seu monitoramento e avaliação e em relação a isso, Ceccim, Armani e Rocha (2002, p.382) afirmam que:

Apesar de discursivamente muitas propostas terem sido enfaticamente formuladas e defendidas nos vários relatórios das Conferências, muito pouco se avançou na construção de sistemas de avaliação do ensino oferecido para detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, dos usuários e do sistema de saúde, bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e ao atendimento às necessidades de aprendizagem de seus alunos.

Em relação ao período que sucedeu a destituição dos PEPS, com a instituição da Portaria GM/MS nº 1.996, que vincula a PNEPS às diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007), exigiu-se maior responsabilização dos gestores municipais e estaduais sobre a condução da PNEPS. O Colegiado de Gestão, junto com a CIES, está composto por representantes de gestores, da educação, dos

trabalhadores e das instituições de formação de profissionais na área de saúde. Tal iniciativa parece criar um processo de centralização local nas lideranças do governo que além de muitas vezes não estarem sensibilizadas para a lógica da EPS, já estão sobrecarregados pelos seus processos de gestão de alcance de metas e outros limites.

A proposta é a de que o próprio serviço de saúde passe a gerir a EPS, com o apoio das CIEs. Sabemos, entretanto, que com o Pacto pela Saúde, os Colegiados de Gestão já estão sobrecarregados, respondendo às diversas problemáticas de saúde, que demandam dos gestores municipais e estaduais uma grande habilidade para gerir suas Secretarias de Saúde com as perenes dificuldades de recursos financeiros. É importante lembrar que a elaboração de projetos de EPS implica algum conhecimento na área educacional. Cabe perguntarmos qual é o preparo dos gestores do SUS em relação ao campo da pedagogia? É realmente possível estes gestores conduzirem os processos educacionais, haja visto o tempo ou o preparo específico que esta tarefa impõe? E nesse sentido, devemos questionar se as CIES [junto com as instituições de ensino] nas diversas regiões do País têm se colocado realmente no papel de condutora ou de apoiadora deste processo. Elaborar projetos de EPS na lógica que o Ministério da Saúde solicita não é uma tarefa fácil. (LEMOS, 2010, p. 144)

Para quem atua ou conhece a dinâmica de gestão no setor da saúde, tanto no âmbito municipal quanto no estadual, é conhecido o histórico de sobrecarga dos gestores nas Secretarias de Saúde, bem como é conhecida a lacuna de interface entre o campo da educação e da saúde, desde a instância federal, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde. Há dificuldades na composição, monitoramento e avaliação das ações intersetoriais e ainda há poucos espaços interação com profissionais da educação a serem inseridos no setor da saúde. Tal aproximação possibilitaria a realização de uma análise crítica do discurso pedagógico veiculado no setor da saúde, no sentido de identificar e analisar suas bases e implicações.

A tradição crítica a partir da qual se analisa a intervenção da EPS denuncia o quadro de exploração e precarização do trabalho. Ela aponta para o fato de que as bases pedagógicas da EPS - tais como o cognitivismo, o construtivismo, a aprendizagem significativa, o pragmatismo e a ideia de aprender a aprender - tendo



o eixo do trabalho como orientação para os processos de aprendizagem, conduziriam os processos educativos em saúde a uma formação focada no cotidiano, no desenvolvimento do processo de trabalho.

A crítica a esse viés de noção de trabalho como execução de tarefa, exercício de competências e habilidades, sugere, portanto, uma reflexão que possibilite ao trabalhador ir para além do imediato, na direção de um pensamento crítico e compreensivo das forças da conjuntura que se camuflam sob o discurso emancipatório e democrático. Tal postura crítica possibilita enfatizar, por exemplo o problema da equidade e da desprecarização do trabalho, demandas antigas discutidas nas normativas do SUS.

Essa análise se apoia na crítica marxista à reestruturação do capital para uma etapa em que os Estados nacionais ajustam-se a uma fase de restrição de gastos sociais, gerando privatização e transferência de responsabilidades estatais para o âmbito da sociedade civil, sob o discurso da participação e do engajamento dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho e educação na saúde. Esta mudança de orientação apoia-se na solicitação governamental de uma flexibilização e engajamento dos trabalhadores a partir da ideia de aprender a aprender nos labirintos e limites do recorte no cotidiano. A crítica incide sobre o fato de que o trabalhador da saúde não pode correr o risco de priorizar problematizações locais e imediatas, sem que estas tenham seu ponto de fixação estrutural problematizadas pela crítica ao modelo nacional de organização socioeconômica e cultural vigente.

Com efeito, a EPS, ao se referenciar na pedagogia do aprender a aprender e na pedagogia das competências, estaria direcionada ao movimento de superação do modelo fordista/taylorista. Essa análise torna-se bastante complicada, quando embaralha as ideias progressistas do despertar ético político dos trabalhadores e a consolidação da reforma sanitária às questões de reestruturação do capital. (LEMOS, 2010, p. 147)

Após a instituição da Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007), a predominância do enfoque na gestão talvez tenha gerado, apesar desta etapa centrada na sensibilização dos gestores, uma concentração dos objetivos da EPS no planejamento e na gestão da saúde pública, de modo que a educação se apresente

restrita em relação ao seu caráter transformador. Passa-se a dar mais foco ao estabelecido como prioridades do MS como orientadores da EPS. A partir da Portaria citada, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deve ser desenvolvido considerando a coerência entre as ações e estratégias propostas, o diagnóstico epidemiológico do Estado, as prioridades do Pacto pela Saúde e a permeabilidade aos Programas estratégicos do SGTES: Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde.

No que diz respeito à ideia de uma formação centrada no trabalho e a consequente instrumentalização da contribuição acadêmica aos interesses estabelecidos nas políticas de formação em saúde, ressalta-se o risco de um distanciamento e secundarização preocupante dos centros acadêmicos, que de uma certa forma sustentam contra hegemonias em relação ao discurso neoliberal e as políticas de precarização do trabalho e da educação em saúde, junto com os Conselhos e organizações que apoiam o controle social e que auxiliaram na organização da proposta de Reforma Sanitária Brasileira. A tendência em secundarizar o papel das instituições acadêmicas apoia-se no consenso crítico exposto na PNEPS de que tais instituições têm problemas para compreender a realidade do setor da saúde, para atender às demandas advindas do cotidiano dos serviços.

A EPS ao colocar muita ênfase nas práticas construídas nos processos de trabalho e ressaltar a negatividade do viés tecnicista das organizações de ensino, pode engendrar uma visão distorcida de privilegiar a aprendizagem em serviço e desmerecer a formação acadêmica. As universidades ainda são lócus privilegiados de exercício do saber que, em certa medida, têm autonomia para trabalhar, de fato, uma educação para transformação. A elaboração desta tese é um bom exemplo que nem todo conhecimento é aplicável, pois optamos por uma discussão teórica da EPS que buscou tensionar a relação teoria/prática e contribuir para analisar os reais sentidos desta teoria no contexto atual. (LEMOS, 2010, p.150)

Além do risco de secundarização do papel da academia uma questão importante a ser apontada como limite para a formação pela EPS encontra-se na análise de Almeida Filho (2013), ao mencionar o baixo conhecimento e compromisso dos egressos dos cursos de saúde em relação às orientações da Reforma Sanitária

e do SUS. Para o autor esta situação reflete o despreparo das instituições acadêmicas para atenderem já não mais as demandas levantadas no cotidiano do trabalho, mas, as demandas de um projeto de reorientação política do Brasil, rumo a horizontes democráticos, o que inviabiliza a constituição de bases para a realização do projeto de superação das desigualdades sociais e da garantia do direito à saúde. Almeida Filho critica o fato de que fora do âmbito do trabalho ainda predomina o treinamento técnico por um modelo de educação pouco comprometido com as políticas públicas de saúde.

Para superar tais impasses e enfrentar esses desafios, precisamos gerar e promover uma cultura político-pedagógica orientada ao SUS. Aí então encontramos as questões cruciais que precisam ser urgentemente pautadas: Nesse sentido, que epistemologia? Uma epistemologia da disciplinaridade ou da epistemodiversidade? Que teoria social? aquela baseada numa tradição conservadora ou teorias sociais com base no multiculturalismo e na etnodiversidade? E finalmente, que pedagogia? Modelos pedagógicos fomentadores da passividade ou o recurso às várias pedagogias da Autonomia? (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 6)

No âmbito da execução da PNEPS o problema da falta de um sistema de monitoramento e avaliação adequado ao amadurecimento da própria estratégia é um fator que contribui com a não realização da ideia de que o SUS é uma escola, no sentido de que o aprendizado adquirido a partir da análise crítica das condições e processo de trabalho e de sua conjuntura, se perderiam pela falta de uma compreensão dos potenciais, dos problemas e das possibilidades que a experiência da EPS estão propiciando, a partir do avaliado e monitorado. Eis um âmbito onde a academia, por exemplo, tem hoje papel fundamental.

Entretanto, o MS tem que demonstrar não somente o poder de induzir políticas nos estados e municípios brasileiros, mas capacidade semelhante de acompanhamento, avaliação da implementação dessas políticas e dos instrumentos utilizados pelos gestores para operacionalizá-las. Assim, as análises apresentadas apontam para a necessidade do constante monitoramento e avaliação da operacionalização pelas instâncias federativas das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para dar conta das especificidades da área e das tendências de mudanças nessas realidades administrativas, contribuindo para o esclarecimento da estratégia de condução nacional das políticas do MS/SGTES. (PIERANTONI et al., 2008, p.15)

Em artigo intitulado “trabalho e educação em saúde: tendências na produção científica entre 1990 e 2010”, Pinto e outros autores (2013) realizam um balanço do estado da arte sobre trabalho e educação na saúde, a partir de publicações lançadas no período indicado. O resultado aponta para um crescimento no volume de produção científica sobre o tema da formação em saúde especialmente a partir dos anos 2000, influenciado também por demandas e recursos do próprio SUS, por incentivos governamentais como editais etc.

A partir de tal estado da arte a autora aponta para tendências e lacunas na produção científica sobre o tema do trabalho e da educação em saúde ao longo dos anos observados. As tendências observadas a partir do balanço das produções evidenciou maior frequência sobre os temas da capacitação e formação, com foco em concepções e processos pedagógicos, de aprendizagem, práticas e metodologias de ensino, currículos, projetos pedagógicos, articulação ensino serviço, cenários de práticas, análise de cursos e tecnologias educacionais. Ressaltou-se a pouca atenção dada a análises mais conjunturais nas quais é possível estabelecer relações com mudanças no mundo do trabalho e implicações nos direitos e na valorização do trabalhador e do controle social, sujeitos principais da realização da Reforma Sanitária a partir do SUS.

Para além das temáticas prevalentes e emergentes identificadas neste estudo de tendências, faz-se necessário localizar as lacunas do campo, identificando o que está sendo pouco investigado. Nesse sentido, é importante destacar questões específicas acerca das mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho em saúde, no qual se verifica a “cronificação” de determinados problemas já apontados na literatura, a exemplo da multiplicidade de vínculos empregatícios, a “precarização” das condições e relações de trabalho, decorrente da não observância dos direitos trabalhistas e a insuficiência dos mecanismos de gestão do trabalho nas organizações de saúde para dar conta da insatisfação dos trabalhadores e da baixa qualidade dos serviços prestados. (PINTO, et al., 2013, p. 1532)

Considerar a centralidade do trabalho nas políticas de formação em saúde na contemporaneidade possibilita discutir a desvalorização e precarização do mesmo diante das condições oferecidas hoje em dia pelo Estado brasileiro, para o exercício

da profissão no SUS. Após a discussão dos limites, fica uma sensação de fracasso, mas, longe de considerar aqui os erros enquanto motivo para regressos nas conquistas, eles devem servir como referência para o ajuste e a qualificação da educação e dos processos formativos em saúde, portanto, vislumbremos, no horizonte das possibilidades, em que direções é possível avançar no fortalecimento do SUS e na estratégia de educação dos seus trabalhadores.

#### **4 AS POSSIBILIDADES DA FORMAÇÃO PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS INDICADORES SUBJETIVOS**

Entendamos as possibilidades da formação pela educação permanente em saúde enquanto pontos de ancoragem para avanços em direção ao fortalecimento do SUS à adequação e aperfeiçoamento da política de recursos humanos e o consequente alcance de seus objetivos. Possibilidades devem ser aqui entendidas, enquanto pontos de partida para prosseguir com a qualificação da experiência de formação dos trabalhadores do SUS.

Pela criação da SGTES há um aumento da visibilidade do espaço de gestão do RH, reconfigurando esta área na política nacional, gerando acúmulo de poder neste campo de ação, condição necessária para dirigir esforços e recursos para a PNEPS. Nas discussões sobre o conhecimento científico produzido na área de Recursos Humanos em saúde, aponta-se para uma importante divergência em relação ao potencial transformador da tendência contemporânea de política de Recursos Humanos e consequentemente de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Tal divergência, segundo Lemos (2010), sustenta-se entre duas compreensões. A primeira de que a gestão dos processos de trabalho e da educação em saúde é o caminho para as transformações socioculturais e políticas em direção à proposta de Reforma Sanitária. A segunda compreensão a de que há um risco da centralidade no trabalho na orientação de políticas de formação dos trabalhadores em saúde, enquanto processo que leva à secundarização de causas mais estruturais de sustentação da desigualdade social e de outros aspectos associados à crítica marxista ao capitalismo e aos ajustes macroeconômicos contemporâneos.

Mais que divergência, é possível pensar em uma inspiração dupla para produzir conhecimento na área de educação e formação em saúde, pela aproximação de uma análise mais conjuntural, com uma análise circunstancial, onde

é possível discutir implicações simultâneas entre estas dimensões, local, circunstancial e imediato, com a global, histórica e duradoura das estruturas hegemônicas de orientação social. Nesta análise mais local, circunstancial, está o discurso dos trabalhadores e dos usuários do sistema de saúde, envolvidos nos processos formativos de maneira privilegiada para a produção de conhecimento sobre em que situação encontram-se os principais sujeitos da Reforma Sanitária, no contexto das ações de formação pela Educação Permanente em Saúde.

Diante da possibilidade de usufruir do fortalecimento da área de Recursos Humanos a partir da criação de uma PNEPS, com centralidade aos processos de trabalho como eixo de orientação para o ensino e a aprendizagem em serviço, é importante avançar na organização dos trabalhadores e da interface com o controle social, (Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde, os sindicatos, os movimentos sociais e as instituições formadoras dos profissionais da saúde).

O processo de descentralização pedagógica do MS para os municípios e estados difundiu a ideia da EPS a partir da disseminação dos PEPS pelo Brasil nos anos de 2003 a 2006, porém assistiu-se a uma baixa assimilação da lógica da EPS, revelando necessidade de compreender as causas desta dificuldade, especialmente a partir do depoimento dos que atuam nas ações de educação permanente, com ênfase no discurso dos formadores, dos gestores, dos trabalhadores e usuários da saúde especialmente nos espaços de ensino e controle social, tais como os Conselhos de Saúde, as Conferências e as Comissões de Ensino e Serviço, Escolas Técnicas de Saúde e Universidades.

Em relação ao avanço, na PNEPS, sobre a regulação de currículos das instituições formadoras dos profissionais da saúde, atendendo, desta forma, às demandas do SUS, considerando o risco de secundarização do papel da academia, a instrumento das demandas da gestão em saúde, é importante que se garanta a autonomia da mesma, enquanto sujeito coletivo, necessariamente independente para atuar, enquanto controle social, na concepção, legitimação, execução, avaliação e aperfeiçoamento das propostas educativas para a formação dos trabalhadores em saúde. Situar as instituições acadêmicas no âmbito do controle social do setor da saúde, asseguraria a sua autonomia e preveniria a sua

incorporação instrumental na educação em saúde. As instituições de ensino e pesquisa, para além de serem objeto do setor da saúde, precisam tomá-lo como objeto de investigação para prevenir abusos da racionalidade político-administrativa do Estado democrático manejado pelos esquemas de favoritismo e clientelismo.

A deficiência na avaliação e monitoramento dos processos de educação dos trabalhadores da saúde, durante a instituição da PNEPS, especialmente como ocorrido em relação aos PEPS, reforça a importância das instituições de ensino superior e dos trabalhadores organizados junto com os gestores para acompanhar o desenvolvimento das estratégias de formação dos trabalhadores.

Com a destituição dos PEPS e o direcionamento da sua execução para os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), passa-se a cobrar mais dos gestores o comprometimento com a PNEPS, porém, pela situação comum de sobrecarga e de precariedade de recursos humanos e muitas vezes de equipamentos públicos, em seus espaços de trabalho, é necessário compreender quais são as condições para a gestão municipal e estadual responder às demandas de formação dos RH pela estratégia de EPS e às demandas do MS. Obviamente que a opinião dos gestores trará indicativos de problemas estruturais, evidência de capacidade técnica e demanda de reestruturação das condições e estratégias oferecidas pelo Estado para a realização da formação dos trabalhadores do SUS. A opinião dos gestores é voz importante no controle e regulação das ações do Estado, ainda que, em primeira instância, eles sejam, ou, pelo menos, deveriam ser, os principais porta vozes da PNEPS.

Trata-se de compreender, no discurso de tais sujeitos, quais são as implicações formativas da estratégia de EPS e de sua conjuntura, não só sobre os processos de trabalho, mas, principalmente sobre a valorização do trabalhador e do trabalho, no que diz respeito à sua qualificação, desprecarização do vínculo e interface com entidades representativas, organizações e espaços de controle social, tais como movimentos sociais, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, etc.



#### 4.1 INDICADORES SUBJETIVOS DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS

Concordando com Paim (2008), Lemos (2010) e Garcia (2010) a respeito do esvaziamento das bases democráticas da Reforma Sanitária desde a década de 90 e do avanço das políticas neoliberais na internacionalização da economia nacional, as possibilidades aqui destacadas enquanto pontos de ancoragem para avanços no sentido de fortalecer o SUS, estão, quase todas, associadas ao processo de controle social, implicando necessidade de valorizar os sujeitos e suas subjetividades, nos processos de regulação do Estado, no âmbito municipal, estadual e federal. Seguramente os trabalhadores, os gestores, os usuários do SUS, bem como os espaços dos Conselhos e de suas representações institucionais, são fundamentais para o balizamento das políticas de Estado em saúde e isto, apesar de não ser uma novidade, ainda é uma lacuna persistente que atravança uma condição básica para a democratização do setor da saúde e do Estado brasileiro, com implicações sobre a formação dos seus trabalhadores.

Resta saber em que medida o Estado toma como referência, para a sua regulação no setor da saúde, a subjetividades de seus sujeitos. A existência, por exemplo, de ouvidorias, Comissões de Integração Ensino e Serviços, Colegiados Regionais de Gestão e Conselho de Saúde para orientar processos de formação dos trabalhadores por si só não garante a atitude democrática por parte dos sujeitos inseridos no campo, visto que ela vai de encontro com a lógica individualista de exploração do outro e de acumulação de recursos. Portanto pensando na interface entre formação e controle social é necessário atentar, no cotidiano, às brechas que as estruturas de controle possibilitam para reverter o quadro anti-democrático que vem resistindo desde os anos 90. Brechas estas que se constituem tanto a partir de bases legais instituídas pela Reforma Sanitária, por conflitos entre interesses dos trabalhadores e do Estado, bem como por lutas por condições necessárias para o fortalecimento do SUS e para a valorização dos sujeitos que devem dar sentido a sua efetivação.

A partir da retórica da Reforma Sanitária um lugar ao mesmo tempo acolhedor e tenso é projetado aos sujeitos do SUS e, portanto, à dimensão reformadora da educação em saúde. Esse lugar se configura enquanto arena idealmente aberta ao embate, ao controle, um espaço diversificado na defesa de interesses múltiplos em suposta disposição geral de condição para disputa democrática para a regulação nos rumos da própria estrutura disciplinar existente, a partir das políticas de Estado.

Será interessante observar em que medida a dimensão normatizadora da subjetividade é valorizada no âmbito da formação e da atenção à saúde, onde o profissional aí atuante submeter-se-ia a um triplo desafio subjetivo de ser: assujeitado às normas do nosso tempo; assujeitador no seu campo de trabalho e; assujeitado à autonomia de outros sujeitos, ao optarem pela não sujeição aos representantes da política pública. Não sendo simplesmente sujeição a outro, a subjetividade se manifestaria, também, em termos de oposição, antagonismos das estratégias, forças contraditórias de demandas globalizadas expressas localmente, demandas imediatas em contradição com as bases, as diretrizes, os objetivos e as estratégias e técnicas disciplinares para o alcance dos objetivos do Estado.

Nesta direção de uma subjetividade estruturante, expressão do fortalecimento das bases democráticas do SUS, a partir de uma inspiração foucaultiana, seria interessante amadurecer a ideia de indicadores para a subjetividade, enquanto expressões de lutas e batalhas contra o “governo da individuação” (DREYFUS; RABINOW, 1995), contra a sujeição a algo. Talvez este seja um momento histórico propício para retomar esta contribuição de Foucault e a partir dela semear, no solo poroso e úmido da saúde coletiva, a ideia de indicadores subjetivos, atendendo à demanda contemporânea pelo fortalecimento das bases democráticas de controle e participação social no SUS, contra os riscos de abusos da racionalidade política e científica na determinação de subjetividades. Eis que estamos numa época de valorização da subjetividade enquanto protagonismo do sujeito na regulação das estruturas que o conformam ou que o conformariam.

A discussão sobre subjetividade enquanto indicador de qualidade dos processos educativos em saúde apoia-se na curiosidade sobre o valor das

propostas educativas para os indivíduos e populações a elas sujeitadas e em relação a suas contradições, demandas imediatas, contextuais e limitações históricas. A demanda de indicadores subjetivos nasce da necessidade de referenciar a formação em saúde e a atenção à saúde nas implicações de sua execução, tendo em vista a coerência com o princípio democrático que transforma os sujeitos em responsáveis pela orientação das políticas que os objetivam. Vejamos, portanto, a título de definição ainda primária, as características dos indicadores subjetivos, primeira definição de horizontes para analisarmos sua manifestação nos processos de sujeição da EPS.

O indicador subjetivo é o produto do sujeito, normalmente reconhecido nas marcas do discurso, do qual aquele também é efeito. Numa caracterização mais ampla do indicador subjetivo, retomando a dependência do sujeito em relação ao seu tempo histórico, é importante analisar as condições de possibilidade do mesmo ser o que é a partir da configuração das forças que o objetivam em seu tempo histórico.

O segundo aspecto do indicador subjetivo seria a representação esquemática da imagem objeto, da “quase estrutura” que o objetiva, ou seja, a representação de como se espera que o sujeito se conduza a partir de um projeto institucional, de uma proposta educativa. Analisar para compreender os princípios, as diretrizes, os objetivos, as estratégias, os resultados e as metas esperadas nas políticas de educação e formação em saúde é um passo fundamental para compreender que efeitos a normatização dos processos de ensino e aprendizagem espera gerar em termos de resposta subjetiva dos indivíduos por eles objetivados. Tal recorte auxilia no aperfeiçoamento das políticas públicas, na medida em que os indicadores subjetivos poderiam referenciar a necessidade de mudanças significativas na concepção, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas em educação em saúde, tão demandada na PNEPS.

O terceiro aspecto do indicador subjetivo é de ordem interpessoal, aparece na dinâmica dos afetos associados ao pertencimento a grupos e configurações de interesses comuns ou pessoais que regem as condutas dos sujeitos em uma rede de intencionalidades e troca de vantagens interpessoais, no âmbito do trabalho, no

qual, problemas como restrição da autonomia por cargo de confiança se apresentam.

O quarto aspecto do indicador subjetivo é a sua manifestação enquanto posicionamento do sujeito em relação às forças que o almejam objetivar, nas relações com outros sujeitos que representam uma circunstancial matriz de sujeição. Considerando que o desejo de sujeição de todos os sujeitos a uma nova ordem histórica é o esperado em cada tempo e projeto de governo, é a dimensão da resistência e do antagonismo das estratégias que evidenciam o desafio para as políticas e programas públicos, o que justifica não só focar nos indicadores subjetivos enquanto medida de aceitabilidade individual e coletiva, mas, principalmente, enquanto medida de resistência, de negação, crítica e proposição para possibilidades mais qualificadas e quantificadas de políticas de Estado.

Para seguir com tal discussão o conceito de sujeito e de subjetividade serão fundamentais especialmente se associados à noção de poder de sujeitar, de instituir modos de ser dos sujeitos a partir de suas relações com as práticas disciplinares. Estabelecendo relações entre o poder e os processos de sujeição, Foucault (apud DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 235) define que:

Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o em sua própria individualidade, liga-o em sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos. Há dois significados para a palavra *sujeito*: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso a sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a.

Nesta perspectiva o sujeito está colocado em relações de produção, significação e, portanto, em relações de poder que o objetivam na historicidade do seu tempo. Segundo os autores citados, como medida de precaução contra a hegemonia do discurso científico sobre os processos de sujeição, Foucault retoma Kant para lembrar a importância de prevenir a razão de ultrapassar os limites daquilo que é dado na experiência e retoma demanda de uma vigília sobre os riscos

de excessivos poderes da racionalidade política sobre a vida dos indivíduos e da população. No campo da saúde esta preocupação é fundamental na orientação para uma educação permanente, visto que ela institui condições para o controle social, pela criação de Conselhos de Saúde, cria arranjos de aproximação entre o ensino com o serviço e propõe valorizar o trabalho e o trabalhador do SUS.

Será interessante observar em que medida a dimensão subjetiva é valorizada, no sentido de sujeição ou de possível ação de resistência do sujeito em relação às ações que esperam dele, na valorização do SUS, abrindo espaço para uma reinvenção, desvio, negação da sujeição, tanto no âmbito da formação quanto no âmbito do trabalho. Os trabalhadores, os gestores e os usuários do SUS seriam sujeitos da formação e assujeitadores do seu campo de trabalho, porém, num contexto onde se almeja a horizontalidade das relações para a circulação do poder.

Não sendo simplesmente sujeição a outro, a subjetividade se manifestaria, também, em termos de oposição, antagonismos das estratégias, demandas globalizadas expressas localmente, demandas imediatas em contradição com as bases, as diretrizes, os objetivos e as estratégias e técnicas disciplinares para o seu alcance. Seguindo por esta análise, os indicadores subjetivos seriam expressos enquanto atos de resistência, de lutas que questionam o estatuto do indivíduo, na tensão entre o direito a individuação e o dever para com a sua identidade e sujeição moral e histórica.

Quando Almeida Filho (2011) define a saúde como campo de aplicação de saberes e práticas, ressalta-se o seu caráter disciplinar para novas formas de ser dos seus sujeitos, tais como orientadas pela atual PNEPS. A estratégia da educação permanente, que almeja atualizar os trabalhadores em serviço e os que estão por vir em direção às demandas do SUS, precisa ser considerada enquanto elemento estruturante da área de educação em saúde e conseqüentemente do SUS.

O discurso dos sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários etc), em resposta às idealizações que fundamentam os processos educativos em saúde a partir da estratégia da EPS, ajuda a compreender como a proposta e o processo educativo se apresentam e, quais seriam as suas implicações na formação desses sujeitos. Na superação do paradigma behaviorista em educação, base para o que se chama

de “educação bancária” (FREIRE, 1987), ou tradicional, deixa-se de considerar a formação como uma resposta automática aos ditames da proposta educativa e dá-se mais atenção à percepção do sujeito e a sua autonomia, capacidade de resistência e necessidade de reestruturação das propostas educativas.

Enquanto base para justificar a valorização positiva da subjetividade balizada pela distinção entre proposta educativa e experiência de formação, vejamos o que significa educação. Segundo Cunningham (1975), o conceito de educação precisa ser compreendido em seu aspecto normativo e descritivo, relacionando o primeiro com os fins a serem atingidos e o segundo ao processo educativo, dentro do qual se daria a formação. Esta, num âmbito da subjetivação do que se propõe enquanto educação.

Assumindo-se enquanto adepto ao pensamento de Dewey, Rorty (2002, p. 89) afirma que a grande contribuição do seu inspirador para a teoria educacional foi a de “ajudar-nos a nos livrar da ideia de que a educação é uma questão de induzir à verdade ou deduzir a verdade”. Rorty (2002) destaca que o ideal de educação de Dewey era o de “proteger, sustentar e dirigir o crescimento” e acrescentaria, concordando com Cunningham (1975) a proteção, sustentação e direção também do desenvolvimento. Uma vez que se compreende e apoia a educação no seu sentido emancipatório, para proteger, sustentar e dirigir o conhecimento e o desenvolvimento dos sujeitos, é possível nela ancorar projetos que viabilizem processos de aprendizagem democráticos.

A partir de tais considerações, compreender a educação permanente enquanto projeto nos levaria para um estudo restrito ao aspecto intencional deste empreendimento e isto provavelmente nos distanciaria do caráter histórico e subjetivo de sua realização, o que justifica a discussão do conceito de formação para estabelecermos uma aproximação entre proposta educativa e a experiência de formação para a EPS.

Sendo partidário da concepção de formação defendida por Macedo (2010a), entende-se que educação projeta a intenção formativa que só é possível no âmbito da permissão, da apropriação processual dos sujeitos sociais e não necessariamente como estímulo-resposta que geralmente orienta projetos

educativos estritamente prescritivos e descontextualizados, como tem sido criticadas, no setor da saúde, muitas experiências de formação continuada. Segundo Macedo (2010, p. 57), “[...] a formação não se ajusta à fabricação, à previsão fechada no mercadológico, à reversibilidade e ao controle dos produtos finais”. O autor discute a formação enquanto experiência de realização do projeto, não enquanto “aplicação” do mesmo sobre o objeto das ações planejadas, mas, enquanto experiência de aproximação entre o prescrito e o possível.

A formação seria, portanto, o modo pelo qual os indivíduos vivenciam subjetivamente a experiência educativa, respondendo aos processos de sujeição a ele colocados. Tais respostas podem assumir dimensões diversas, desde o antagonismo dos sujeitos em relação ao discurso educativo até a sujeição aos processos educativos. Do ponto de vista radical, para uma Constituição democrática a controvérsia e a circulação do poder deveriam ser fundantes, portanto, dever-se-ia de fato haver valorização da autonomia dos sujeitos civis e do controle social, no sentido do seu protagonismo ser força necessária para a regulação do Estado.

Inspirado também nesta distinção entre proposta educativa e processo formativo é que esta investigação foi pensada para o estabelecimento de relações entre as orientações (proposta educativa), avanços, limites e possibilidades da formação (processo vivenciado) pela educação permanente em saúde, configurando um interesse avaliativo da relação entre a normativa, o processo e o resultado da implantação da proposta para os trabalhadores da saúde, esse último, objeto a ser estudado no doutorado, quando se pretende analisar a implantação da formação para a educação permanente em saúde desenvolvida pelo Programa Universidade Aberta do SUS da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Dentre os problemas que a PNEPS, orientada pelo Pacto Pela Saúde, visa enfrentar, o fortalecimento da gestão participativa e do controle social, bem como a sensibilização dos gestores e a formação de Conselheiros, estão no foco central da Educação Permanente. Quanto menos amadurecem as bases sociais da formação dos trabalhadores do SUS, mais se sustenta a retórica democrática e os arranjos para a sua efetivação, vazios de sentido, sem a ocupação dos espaços de democratização pelo povo que deveria fortalecer o SUS, para a realização da Reforma Sanitária e para a reforma do Estado, com reflexos na formação e

valorização dos trabalhadores.

É urgente a demanda de solução para um Estado democrático carente da subjetividade estruturante de suas bases sociais, que deveria democratizá-lo. Pensar em indicadores subjetivos para as políticas de formação em saúde potencializa a estratégia de EPS, na medida em que se ressalta a disposição para valorizar a ação estruturante dos sujeitos da saúde, a partir da gestão participativa, a integração ensino e serviço, o controle social e a valorização do trabalhador e do trabalho, bem como a garantia da autonomia da academia enquanto parte do controle social e não somente instrumento dos interesses políticos do setor da saúde.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir as orientações, os avanços, os empecilhos e as possibilidades da formação de trabalhadores do SUS pela Educação Permanente em Saúde, foi um percurso rico, na medida em que foi possível reunir alguns elementos para uma representação, ainda que introdutória, do campo, do setor e da área de formação da saúde. Este esforço resultou em uma breve contribuição ao campo da pesquisa em educação sobre a importante dimensão político pedagógica da área de educação e formação em saúde, como convite para maiores inserções da pesquisa em educação.

Para tal percurso investigativo, foi importante: contextualizar a formação dos trabalhadores do SUS pela Educação Permanente em Saúde, discutindo suas orientações, limites e possibilidades no âmbito do SUS, ressaltando a valorização e demanda por uma subjetividade dos sujeitos da saúde que seja estruturadora de suas políticas e das propostas de formação para o fortalecimento das bases democráticas do SUS. A valorização positiva da subjetividade enquanto estruturante das políticas de Estado é reforçada a partir do processo de redemocratização do Brasil que deu origem à constituição de 1988. A partir desta virada democrática tornou-se importante o desenvolvimento de estratégias e dispositivos para prevenir o retorno do autoritarismo, bem como para inserir o país numa nova conjuntura político-econômica internacional, implicando, por outro lado, na instituição de políticas de caráter neo liberal.

Fazendo então uma breve retomada da questão da investigação a respeito de quais são as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação dos trabalhadores do SUS pela Educação Permanente em Saúde, é possível afirmar que, em relação às orientações, tanto os ajustes macroeconômicos quanto os ajustes processuais relacionados com as forças democráticas internas ao processo de Reforma Sanitária foram influentes, percebendo-se uma resistência e regulação dos avanços da mentalidade privatista para a inserção do Brasil na política internacional de restrições econômicas e transferência de responsabilidades do

Estado.

A influência da Saúde Coletiva, das instituições acadêmicas e com as lideranças que passaram a ocupar os espaços de governo após a Constituição democrática, apesar do esvaziamento das bases populares e conseqüentemente da participação social, foram fundamental para nortear e orientar as políticas de educação em saúde para o fortalecimento do SUS, buscando coerência de seus textos e dos seus contextos de elaboração, triangulados pelo controle social, pela gestão em saúde e pelos trabalhadores.

Parte importante do avanço na formação pela Educação Permanente em saúde foi a difusão da ideia de Educação Permanente pelos municípios e a criação de um arranjo pedagógico descentralizado, inicialmente pelo pólo de educação permanente em saúde e em seguida pela Comissão de Ensino e Serviço advinda dos ajustes do Pacto pela Saúde em 2006. O diálogo com as Universidades para a criação e adequação de currículos e cursos que fortalecem o SUS, a partir de demandas dos processos de trabalho, do controle social e da gestão em saúde, em alinhamento com a PNEPS, foi outro avanço importante para prevenir a produção de currículos descontextualizados e fragmentados em relação às demandas do SUS.

Em relação aos limites da formação pela EPS, percebe-se grande dificuldade na assimilação da ideia e da prática da educação permanente, o que ficou evidente com o perfil de projetos enviados dos municípios e estados ao Ministério da Saúde e por apresentarem abordagem expositiva e vertical, pela sua pontualidade e distância de demandas das equipes, da articulação com o controle social. Isto evidencia a importância de maior investimento na sensibilização dos sujeitos da saúde para a sua compreensão.

A evidência do tema do trabalho nas políticas de formação em saúde possibilitou trazer à tona as questões relacionadas com os direitos do trabalhador e desprecarização da relação de trabalho. A exploração e precarização do trabalho é outra característica que se evidencia na contemporaneidade, junto ao o problema da desigualdade que desafiam a equidade, princípio do SUS. Se prevalece o enfraquecimento das bases sociais da Reforma Sanitária, o arranjo democrático corre o risco de esvaziar-se facilitando ao Estado a transferência de responsabilidade para a população e para o setor privado, sob o discurso da

participação e do engajamento dos trabalhadores pela lógica do aprender a aprender para “conservar mudando”. A partir da Educação Permanente o trabalhador da saúde não pode correr o risco de priorizar problematizações locais e imediatas, sem que estas tenham seu ponto de fixação estrutural problematizadas pela crítica ao modelo de organização socioeconômica e cultural vigente.

O caráter intervencionista do Ministério da Saúde pelo DEGES em relação direta com as instituições formadoras dos trabalhadores, sobrepondo-se e negligenciando a participação das Secretarias Estaduais foi outro retrocesso em relação à descentralização. Problemas como a descontinuidade no desenvolvimento de ações de educação permanente e a ausência de avaliação o dos projetos também foram comprometedores.

Muito pouco se avançou na prática, em relação à construção de sistemas de avaliação do ensino oferecido nos contextos de educação permanente dos trabalhadores do SUS para detectar sua adequação às necessidades dos serviços, dos usuários e do sistema de saúde, bem como seu ajustamento ao controle social. Se por um lado consideramos o SUS enquanto escola, dada a dimensão processual desta aprendizagem, um processo educativo que não usa de um sistema de avaliação e monitoramento perde a possibilidade de amadurecer a partir da reflexão crítica de seus sujeitos. Provavelmente seja desinteressante para o Estado este amadurecimento, diante das implicações sobre as vantagens da falta de controle social sobre as arbitrariedades político-econômicas da administração pública.

A descontinuidade foi também destacada em relação ao financiamento e ao retorno quanto às propostas de educação permanente, enviadas ao Ministério da Saúde pelos municípios. Quanto ao financiamento, ressaltou-se o conflito entre a ideia de um financiamento permanente com a concessão do mesmo a partir da seleção e aprovação de projetos por editais, inadequada à demanda permanente de apoio. A partir do Pacto Pela Saúde, por um lado observava-se maior foco na educação dos gestores, do controle social e na contextualização de propostas de gestão do trabalho e da educação em saúde a partir de planos locais de Educação Permanente em Saúde, tanto para a descentralização pedagógica iniciada no período dos PEPS, quanto para a descentralização financeira para a nova configuração do repasse.

Ainda é gritante a necessidade de se aumentar o controle social para prevenir abusos da racionalidade administrativa e científica no âmbito da formação em saúde, tanto sobre as instituições de ensino em saúde, ameaçadas a serem reduzidas a instrumento do fazeísmo da execução de planos de gestão das secretarias de saúde, quanto pelo predomínio da exploração do trabalho e do trabalhador. O movimento de Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva e a Criação do SUS foram acontecimentos fundamentais para instituir a valorização positiva do sujeito e da subjetividade no discurso governamental, no âmbito da formação, da atenção à saúde, do controle social e especialmente após a criação da SGTES e da instituição da PNEPS no início dos anos 2000.

Apesar das forças antagônicas ao processo de democratização do Brasil e conseqüentemente do setor da Saúde, com suas implicações sobre o SUS e a formação de seus trabalhadores, o protagonismo de sujeitos individuais e coletivos no cenário da luta política do país possibilitou avanços em direção a princípios, diretrizes e estruturas mais democráticas de gestão do Estado. Apesar deste avanço, ainda deixa a desejar a realização dos princípios da igualdade, integralidade e da universalidade que marcam a então difícil regionalização da atenção da saúde no SUS e o problema da desigualdade social, demandas a serem objeto dos processos educativos dos trabalhadores que orientam a EPS para reflexões menos restritas ao imediato e mais articulada à crítica às contradições de sua dimensão social.

As inspirações educacionais nutridas a partir da proposta de Reforma Sanitária do setor da saúde são apresentadas, do ponto de vista político-pedagógico, enquanto tentativas de instituir processos educativos, ao longo dos anos oitenta, noventa e os atuais anos 2000, sob uma abordagem problematizadora, dialógica, contextualizadora, multirreferenciada para atender às demandas multiprofissionais, intersetoriais e em interface com o controle social e o saber local, presentes no âmbito do SUS.

É inegável o avanço em direção aos arranjos normativos e de equipamentos públicos para a realização de uma formação adequada ao aprofundamento da Reforma Sanitária e ao fortalecimento do SUS, porém, estamos estruturando ainda um corpo sem alma, na medida em que as bases sociais deste arranjo, ainda estão

enfraquecidas enquanto força de regulação do Estado brasileiro. Neste sentido é que aqui se reforça a necessidade de se criar um dispositivo de atenção para o grau de sujeição do Estado democrático às demandas de suas bases sociais a partir de indicadores para a subjetividade estruturante dos sujeitos da saúde sobre as políticas do setor. Tais sujeitos seriam os gestores, os trabalhadores, os usuários, o controle social e as universalidades envolvidas no processo de educação em saúde e no setor como um todo. A ideia de indicadores subjetivos, inicialmente delineada nesta dissertação será amadurecida no doutorado, quando será possível analisar a implantação de uma formação pela Educação Permanente em Saúde.

Como esta dissertação é parte de um projeto de compreensão da dimensão pedagógica do campo da saúde no que diz respeito à educação e formação e, diante das dificuldades de acesso a dados empíricos para o projeto inicial modificado, optou-se inicialmente por sua contextualização histórica das forças que configuraram as bases para a proposição de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O resultado final deste trabalho é base para a retomada, no doutorado, do estudo empírico sobre a implementação de políticas de Educação Permanente no âmbito Estadual, na Bahia, com ênfase em indicadores associados ao controle social e à participação dos trabalhadores nas estratégias democráticas de orientação da gestão do trabalho e da educação em saúde.

O estudo sobre a implantação da formação para a educação permanente em Saúde, desenvolvido pelo Programa Universidade Aberta do SUS (UNASUS-Bahia), continuará sendo um recorte interessante para contextualizar as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades advindas da implantação da formação para a Educação Permanente em Saúde, empreendimento que demandará de contextualização das políticas de formação em Recursos Humanos na Bahia, bem como da organização das últimas Políticas Estaduais de Educação na Saúde para situar estratégias e implicações na gestão do trabalho e da educação em saúde. A etapa do doutoramento possibilitará melhor estruturação e uso dos indicadores subjetivos enquanto dispositivo de avaliação para a política de formação para a EPS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.htm](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8080 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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 22 maio 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em: 25 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **9ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)> Acesso em: 25 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **10ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, DF, 1998.

Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em 25 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **11ª Conferência Nacional de Saúde:** o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** conferência Sérgio Arouca: relatório final. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em 25 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf)> Acesso em: 25 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Relatório final [da] 13ª Conferência Nacional de Saúde:** saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns\\_M.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf)> Acesso em: 12 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde.** Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_e\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_e_saude.pdf)> Acesso em: 21 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde:** diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol\\_formacao\\_desenv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf)>. Acesso em: 8 jul. 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface comun. saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-77,

set. 2004/fev.2005. Disponível em:

<<http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 jun. 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2014.

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

COSTA, Nilson do Rosario; LAMARCA, Isabel. Os governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do governo central brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, jun. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2014.

CUNNINGHAM, W. F. **Introdução à educação**. Tradução de Nair Fontes Abu-Merhy. 2. ed. Porto Alegre: Globo, 1975.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica** (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Tradução de Vera Porto Correro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. 2010. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

LEMONS, Cristiane Lopes Simão. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, 2010.

MACEDO, Roberto Sidnei Alves. **Compreender-mediador a formação: o fundante da educação**. Brasília, DF: Liber Livro, 2010.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Santa Catarina:



Universidade do Vale do Itajaí, 2008. Disponível em:  
<<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2011.

NUNES, Tânia Celeste Matos. Políticas e produção científica: diálogos entre trabalho e educação na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1537-1538, jun. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

\_\_\_\_\_; NUNES, Tania Celeste M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 262-269, set. 1992. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2014.

PEDUZZI, Marina. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1539-1541, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 fev. 2014.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 fev. 2013.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, jun. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 fev. 2014.

POSSENTI, Sírio. **Os limites do discurso**: ensaios sobre discurso e sujeito. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

RORTY, Richard. Educação como socialização e como individuação. In: GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. **Filosofia da educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Profissionais e trabalhadores de saúde no

Brasil: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1535-1536, jun. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600003&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 04 abr. 2014.

**ANEXOS**

## ANEXO A - Referencial teórico para esta investigação.

Para a contextualização do campo e do setor da saúde foram fundamentais as contribuições de Paim (2008) e Almeida Filho (2010), visto que ambos, respeitados intelectuais e militantes da saúde coletiva, tratam da configuração do assunto em relação ao Brasil por um viés histórico, epistemológico e político, para discutir suas implicações no âmbito do SUS diante do projeto de Reforma Sanitária. Tais referências foram convenientes também por se tratar de autores vivos e acessíveis ao diálogo nas proximidades da Faculdade de Educação da UFBA, situados no Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, instituição de ensino e pesquisa reconhecida nacional e internacionalmente pela importante produção científica na área de políticas de Recursos Humanos e de gestão do trabalho e da educação em saúde.

Para a contextualização da formação em saúde com foco nos Recursos Humanos do setor, foi fundamental acessar ao artigo de Pinto e outros autores (2013), que consistiu em um levantamento do estado da arte sobre a produção na área de trabalho e educação em saúde entre os anos de 1990 a 2010. Destaca-se a contribuição de Teixeira (2013) em seu breve texto intitulado *Profissionais e trabalhadores de saúde no Brasil: para onde vamos?*, em que mesma questiona até que ponto as produções científicas voltadas para o assunto desta investigação discutem mudanças contemporâneas profundas no âmbito científico, tecnológico, organizacional e político e suas implicações sobre os processos de formação. A autora também chama atenção para a importância de se verificar até que ponto a produção científica sobre a formação de pessoal em saúde incorpora o debate sobre a reestruturação do ensino profissional, especialmente no nível superior e sinaliza outras lacunas para abrir frentes de pesquisa:

[...] Creio, portanto, ser necessário destacar essa lacuna nos estudos, porquanto não ser suficiente que se discuta os desafios enfrentados pelos gestores que se ocupam de políticas de “educação permanente” ou da introdução de dispositivos reguladores para adequar o perfil dos profissionais egressos das escolas e universidades às práticas e processos de trabalho nos serviços. A produção de conhecimentos sobre as propostas e as ações políticas dos profissionais e trabalhadores de saúde pode contribuir para o

aprofundamento do debate a cerca das bases de sustentação do projeto da Reforma Sanitária e de construção do SUS. São necessários e urgentes estudos que mapeiem e caracterizem os atores políticos que estão (ou não) se configurando no universo de profissionais e trabalhadores (mais de dois milhões de pessoas) que atuam nas diversas modalidades de organização das ações e serviços, e se vinculam, direta ou indiretamente, às entidades que buscam representá-los diante das instâncias políticas de tomada de decisão na área de saúde, como sindicatos, associações, conselhos profissionais, grupos de pressão vinculados a empresas médicas e parlamentares cujas bases eleitorais incluem profissionais e trabalhadores de saúde. (TEIXEIRA, 2013, p. 1536)

É também referência importante para contextualizar a formação na área de Recursos Humanos na contemporaneidade a tese de Garcia (2010), intitulada *Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política* investigação na qual a autora propõe avaliar se os processos gerenciais e a estrutura organizacional do setor de recursos humanos das secretarias estaduais e municipais, refletem os investimentos técnicos, políticos e financeiros alocados pela área de gestão do trabalho e da educação, em nível nacional, focando também na identificação de avanços e retrocessos, nós críticos e os rumos para a consolidação da área. O texto de Peduzzi (2013) apresenta ações da produção científica sobre Trabalho e Educação na Saúde com base em revisão da produção nacional das últimas duas décadas e o de Pierantoni (2013) que analisa a gestão do trabalho e da educação em saúde focando nos recursos humanos em duas décadas do SUS.

Quanto às discussões sobre as orientações da formação para a educação permanente em saúde, foram utilizados alguns referenciais normativos do SUS, especialmente leis, portarias e documentos de Conselhos de Saúde e produzidos a partir das Conferências Nacionais de Saúde que regulamentaram e regulamentam as condições para a instituição da Educação Permanente enquanto estratégia de orientação dos processos de gestão do trabalho e da educação em saúde, ao longo das décadas de 80, 90 e dos anos 2000. Dentre tais documentos estão a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) e seus documentos acessórios.

Para auxiliar na análise dos avanços, limites e possibilidades da formação pela Educação Permanente em Saúde foi fundamental a contribuição do texto de Paim e Nunes (1992), ao proporem um modelo de formação continuada que atenda

às demandas da Reforma Sanitária em coerência com a perspectiva da Saúde Coletiva, para o fortalecimento e qualificação SUS. Lemos (2010) em sua tese discute a concepção de Educação Permanente presente na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, numa perspectiva sócio-histórica, apresentando uma importante análise crítica da atual configuração das políticas de formação em saúde, com foco na noção de educação permanente, realizando muitas considerações a cerca dos avanços, limites e possibilidades aqui discutidos. Para esta análise crítica a retomada do texto de Garcia (2010) será também fundamental.

Enquanto representante de um discurso não menos crítico, porém mais entusiasta em relação às possibilidades de gestão dos processos de trabalho e da educação em saúde, as contribuições de Ceccim, Armani e Rocha (2002), Ceccim (2004; 2005), Ceccim e Feuedwerker (2004) foram fundamentais, especialmente pelo fato do Ceccim ter sido influente na elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, marco da centralidade do trabalho como orientador das demandas de ensino e aprendizagem no SUS. A reunião de autores que marcam a divergência no modo de compreender os problemas associados às políticas de formação em saúde no Brasil é importante para situar possibilidades de complementariedade na problematização da área de formação em saúde com ênfase na estratégia da Educação Permanente.

Por fim, ainda dentro da análise das possibilidades da formação para a Educação Permanente em Saúde foi feita uma discussão para justificar a necessidade atual de um olhar mais centrado na dimensão subjetiva dos processos de gestão do trabalho e da educação no SUS, em especial na relação com os gestores, com o controle social, com os trabalhadores e com suas entidades representativas, a fim de atender para um problema antigo do enfraquecimento das bases da Reforma Sanitária (PAIM, 2008) e conseqüentemente do controle social, o pouco compromisso dos gestores e das equipes de saúde com a efetivação do SUS, a desvalorização do trabalhador e das condições de trabalho bem como a falta de avaliação e monitoramento do grau de democratização da atenção à saúde, associados aos princípios da Universalidade e Integralidade do SUS.

Nesta discussão é retomado o conceito de sujeito em Foucault (apud, DREYFUS; RABINOW, 1995) e Possenti (2009) para a proposição da subjetividade

enquanto indicador de demandas de qualificação dos processos de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde. A partir de tal proposição espera-se amadurecer a ideia de indicadores subjetivos no doutorado, em pesquisa de caráter empírico na análise das orientações, avanços, limites e possibilidades da formação pela Educação Permanente em Saúde desenvolvida pelo Programa Universidade Aberta do SUS, criado para apoiar a implantação da Política Estadual de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde.

O levantamento de trabalhos científicos foi influenciado tanto por pesquisa em banco de dados com o Scielo e o Google Acadêmico, quanto por indicação de trabalhos relevantes por militantes da Saúde Coletiva. Para esta etapa foram usados o termos: educação permanente em saúde, formação em saúde e recursos humanos em saúde. A pouca quantidade de artigos orientados a partir de uma perspectiva histórica e problematizadora de mudanças conjunturais no mundo do trabalho e suas implicações na área de formação em saúde levou à composição de uma bibliografia um tanto restrita, porém, suficiente para o empreendimento de uma dissertação em que se propõe contextualizar as orientações, os avanços, os limites e as possibilidades da formação pela Educação Permanente em Saúde, enquanto referência para inserções empíricas no doutorado.

ANEXO B - Os objetivos do PEC (PAIM; NUNES 1992, p. 264):

- a) Articular instituições acadêmicas e órgãos de desenvolvimento de recursos humanos com organizações responsáveis pela atenção à saúde, visando o planejamento conjunto da formação e utilização dos agentes das práticas de saúde coletiva;
- b) Desenvolver experiências pedagógicas no âmbito dos serviços de saúde que facilitem a reflexão sobre as práticas de saúde empreendidas e sua reatualização, considerando as mudanças no perfil epidemiológico, na organização dos serviços de saúde e na consciência sanitária e ecológica dos cidadãos;
- c) Identificar, continuamente, necessidades de saúde, problemas e opções para o desenvolvimento dos serviços, orientar análises de situações e programar atividades de capacitação;
- d) Apoiar o desenvolvimento da qualificação profissional dos egressos dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, visando a formação de quadros atualizados e solidários ao projeto da Reforma Sanitária;
- e) Contribuir com a implantação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, de acordo com a Constituição da República e as Leis 8080/90 e 8142/90, particularmente a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade no esforço de reorganização das Secretarias Estaduais e Secretarias ou Departamentos Municipais de Saúde;
- f) Difundir informações atualizadas no campo da saúde coletiva para os egressos dos respectivos cursos de pós-graduação, desenvolvendo estratégias pedagógicas que estimulem e facilitem a discussão e apropriação desses conhecimentos pelos demais agentes das práticas de saúde inseridos nas instituições públicas, especialmente no nível local;
- g) Formular, de modo descentralizado e participativo, objetivos educacionais, planos de estudos e procedimentos de acompanhamento e avaliação, considerando as áreas temáticas básicas do campo da saúde coletiva (Epidemiologia, Planejamento e Administração de Saúde, Ciências Sociais em Saúde, Educação em Saúde e Medidas de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos);
- h) Viabilizar, em torno dos temas de saúde coletiva, a participação de todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços, em níveis compatíveis com cada atividade, respeitando a característica de cada um;
- i) Implantar e manter um banco de dados com informações atualizadas sobre egressos dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, sua trajetória institucional e profissional, bem como sobre o contexto socioeconômico e político em que estão inseridos tais trabalhadores.



ANEXO C - Deliberação quanto a formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde a partir do relatório da 10ª CNS:

276 O Ministério da Saúde deve apresentar, [...] após ampla discussão com as entidades representativas da área, um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que seja articulado nacionalmente, inclusive com previsão de repasses financeiros específicos para essas atividades, baseado nos seguintes princípios:

276.1 criação de Comissões Permanentes para integração entre os Conselhos de Saúde, os serviços de saúde e as instituições de ensino fundamental e superior, para deliberar sobre a capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos recursos humanos em Saúde, a partir da ótica do SUS;

276.2 fortalecimento dos vínculos com Universidades, promovendo articulações intersetoriais, para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na Atenção Integral à Saúde, individual e coletiva;

276.3 revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde;

276.4 estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;

276.5 fomento à integração das instituições de ensino superior, particularmente as universidades públicas (federais e estaduais), para a execução de programas de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde de todos os níveis de escolaridade;

276.6 estímulo à criação de Escolas de Saúde Pública em todos os Estados da União;

276.7 criação de novos cursos de nível médio e superior para a área da saúde de acordo com as necessidades do SUS, identificadas a partir de critérios epidemiológicos e da manifestação dos Conselhos de Saúde;

276.8 organização de programas de ajuda financeira, condicionada à prestação de serviços em Unidades e Serviços de Saúde públicos por tempo equivalente aos recursos investidos, para estudantes dos cursos de interesse para o SUS;

276.9 reestruturação dos Programas de Residência Médica e Estágios, com vistas a sua adequação às necessidades do

SUS;

276.10 fomento à Educação Continuada, através do aumento de vagas para a residência médica e a criação de programas de residência e estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e todas as profissões de nível superior ligadas à saúde;

276.11 qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área da saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento. [...]

278 Os Ministérios da Saúde e da Educação devem estimular a implementação de Programas de Especialização em Saúde Pública e em Gerenciamento de Serviços de Saúde desenvolvidos pelas universidades em parcerias com os governos Estaduais e/ou Municipais; [...]

280 Os Gestores do SUS e os órgãos de fomento à pesquisa devem apoiar, valorizar e participar de projetos de avaliação das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, como os da CINAEM e da Rede Unida que buscam a integração escola-comunidade e a formação humanística dos futuros profissionais. (BRASIL, 1998, p. 67).

ANEXO D - Recomendações quanto ao controle social e sua influência sobre a formação em saúde, contidas no relatório da 11ª CNS:

191. Que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e ampliação de vagas na área de Saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, no cumprimento à Lei n.º 8.080/90 – art. 6.º – parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recursos Humanos na área de Saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população.

192. Cumprir a resolução da 10a CNS no que se refere a Recursos Humanos, que diz: “revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos do nível superior com a participação dos gestores SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS”. [...]

193. Articular mesas regionais e estaduais de discussões entre gestores, conselhos e órgãos formadores sobre a necessidade de adequar a formação profissional ao SUS, coordenada pelos Conselhos Regionais e Estadual de Saúde.

194. Integrar e articular as instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS, fortalecendo as parcerias – universidade e sociedade – de tal forma que as universidades e órgãos formadores em geral também se responsabilizem pela capacitação continuada dos profissionais de saúde após a graduação; e que tenham, como parte da sua missão institucional, o aperfeiçoamento do SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede. Garantir uma escola integrada com os serviços, com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de Saúde da sua região, seu País e seu mundo; e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade, por exemplo, em cursos de extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado do ponto de vista científico, técnico, humano, ético, crítico, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o Sistema de Saúde.

195. Estabelecer parceria entre Conselho de Saúde, gestores e o conjunto dos órgãos formadores, para definição de prioridades das demandas de cursos, tanto de graduação como de pós-graduação, para gestores e todos os trabalhadores, estendendo o processo de residência à equipe multidisciplinar. Estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização dos serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de Atenção à Saúde.

196. Reorganizar os programas de residência e regulamentar o Programa de Formação em Saúde Coletiva junto ao MEC. Os estados e a União devem utilizar residentes das universidades públicas nos programas de saúde, inclusive nas equipes do PSF, mediante pagamento de bolsas, com base na Lei de Prestação do Serviço Civil. (BRASIL, 2002, p. 167)

**ANEXO E - Recomendações da 12ª CNS sobre EPS:**

**63.** Recomendar a criação de coordenações de Educação em Saúde nas três esferas de governo e a organização de núcleos e fóruns permanentes de educação popular em saúde visando à formação e à capacitação de grupos e/ou indivíduos e/ou comunidades para atuar e divulgar ações educativas. Recomendar ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais e municipais de saúde a implementação articulada de uma política e de programas de educação permanente, com ênfase nos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS.

**65.** Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira com instituições nacionais e internacionais, visando à melhoria da qualidade do sistema de educação permanente dos trabalhadores do SUS. Manter permanente processo de avaliação técnica e pedagógica, propondo novas tecnologias, como educação a distância, ambientes colaborativos e internet.

**66.** Garantir que o acompanhamento dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde de nível auxiliar, técnico e superior, assim como seus financiamentos, tenham a efetiva participação dos gestores das três esferas de governo e dos respectivos Conselhos de Saúde.

**67.** Avaliar de forma continuada o impacto produzido pelas capacitações realizadas para profissionais dos serviços, da gestão e da comunidade, garantindo ajustes para sua adequação às necessidades do sistema de saúde.

**68.** Garantir os incentivos oferecidos às instituições públicas de ensino superior em saúde que buscam a implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados para a prática multiprofissional segundo os interesses e necessidades da população.

**69.** Criar fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde, de formação ou capacitação, para todos os níveis (auxiliar, técnico, graduação e pós-graduação), incluindo ainda a educação popular, por considerar que a gestão do trabalho no SUS é competência dos ministérios da Saúde e da Educação, e portanto, uma prática intersetorial nas três esferas de governo.

**70.** Criar um espaço de formulação de uma política para os profissionais de saúde com participação dos atores envolvidos e controle social estabelecendo que, após a sua formação/especialização/residência em universidades públicas e/ou com financiamento público desempenhem atividades nos serviços de saúde do SUS durante um período a ser regulamentado, bem como criar a possibilidade de pagamento de bolsas ou do crédito educativo com prestação de serviços de interesse público.

**71.** Constituir em nível estadual e nacional um sistema coordenado pelo SUS responsável pela distribuição de bolsas e programas de residências segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios, apresentando uma

proposta de destinação das vagas de acordo com as necessidades epidemiológicas para as especialidades correspondentes e superando a atual auto-regulação corporativa.

**72.** Estabelecer parcerias de âmbito nacional e estadual com o setor de educação para melhor aplicação dos parâmetros nacionais de educação nas escolas públicas, contribuindo com a formação de professores e tornando disponível material didático sobre saúde, visando a torná-los agentes multiplicadores das ações de saúde. (BRASIL, 2004, p. 124)

ANEXO F - Recomendações da 12<sup>a</sup> CNS sobre EPS, com foco na estratégia dos PEPS:

**79.** Ampliar e implantar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente, de formação técnica, de graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, com garantia de trabalhadores em quantidade suficiente e recursos físicos e financeiros, com cooperação técnica entre as três esferas de governo, com controle social. Os Pólos devem ter caráter autônomo e a gestão deve ser exercida de forma colegiada, democrática e participativa, com a inclusão das estruturas regionais e municipais de gestão do SUS, das instâncias de ensino médio e superior (universidades e escolas técnicas), das secretarias estaduais, municipais e instâncias distritais de Saúde e de Educação. O controle social deve participar da definição de diretrizes de sua gestão e fiscalizar as atividades dos Pólos, por meio dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação.

**80.** Exigir dos órgãos competentes um rigoroso cumprimento da legislação e das demais normas expedidas pelos órgãos do poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área de saúde, submetendo a autorização à decisão conjunta do Ministério da Saúde, da Educação e dos respectivos Conselhos Nacionais. Tornar política conjunta tanto a autorização de novos cursos na área como a avaliação dos já existentes.

**81.** Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS.

**82.** Adequar a abertura de cursos na área de saúde às características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas e, a partir das diretrizes para a organização da atenção à saúde, das demandas da população e do sistema de saúde. (BRASIL, 2004, p. 126)

ANEXO G - Deliberações da 12<sup>a</sup> CNS sobre avanços na educação permanente em serviço:

93. Melhorar a qualidade das práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde que atuam diretamente com a população e, em especial, com os ACS e agentes de controle de endemias, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia, contribuindo para ampliação do saber sobre saúde e o autocuidado. Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento [...]

95. Garantir, por meio de legislação própria, programas regulares de capacitação e educação permanente dirigidos para os gestores das três esferas de governo, adequados às realidades regionais, com ênfase nas atividades de planejamento, gestão participativa, execução orçamentário-financeira, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde. [...]

99. Criar instrumentos que incentivem e apoiem a participação do trabalhador em saúde em cursos, inclusive de graduação e pós-graduação em saúde, garantindo a liberação do profissional e o financiamento dos cursos. Incluir na política de capacitação do trabalhador de saúde a formação de pós-graduação dos profissionais de saúde, especialmente a especialização em saúde pública para os profissionais de nível universitário, de acordo com os critérios das instituições responsáveis. Estabelecer tempo de permanência no serviço público para os profissionais que participarem de formações custeadas pelo SUS, sob pena de indenização dos custos do curso.

100. Garantir a profissionalização do pessoal da saúde com a oferta de educação técnica em saúde em todos os estados, dando continuidade ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e às prioridades já identificadas, assegurando sua avaliação, ampliando o número de municípios em que o Profae é desenvolvido, garantindo o repasse dos recursos financeiros para capacitação dos profissionais de nível técnico e outros programas, estabelecendo cronograma para o pagamento dos corpos docente e discente, capacitando os agentes comunitários de saúde e agentes de dengue nos moldes do Profae.

103. Recomendar, em contratos de prestação de serviços para o SUS, a inclusão de cláusula exigindo a educação permanente dos trabalhadores de saúde.

104. Assegurar que os trabalhadores de serviços terceirizados tenham capacitação adequada e condições dignas de trabalho, garantindo segurança no trabalho. (BRASIL, 2004, 128)

ANEXO H - Trecho do segundo eixo temático do relatório da 13ª CNS referente a EPS:

105. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais devem fortalecer e garantir recursos financeiros para a Política de Educação Permanente, estabelecendo parcerias com as instituições federais, estaduais e municipais, hospitais universitários e ENSP/Fiocruz, ETSUS para a realização de capacitação e treinamento dos conselheiros, gestores, agentes comunitários de saúde, atendente de consultório dentário, agentes de endemias, e demais trabalhadores de saúde, para este fim, e realizando e fortalecendo as ações.

106. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implantar a Portaria MS nº 1.996/07 que disponibiliza recursos para a educação permanente em saúde, de forma descentralizada para trabalhadores e gestores, em conformidade com as especificidades de cada profissão, por meio da educação permanente, incluindo temáticas estratégicas envolvendo a atenção e a gestão do SUS, com foco no acolhimento, na humanização, no respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração, objetivando desenvolver ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e população usuária e das necessidades do SUS garantindo a alocação de recursos específicos. (...)

107. Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação profissional para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo as Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referência regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional.

108. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem fomentar a formação específica de gestores de saúde em instituições públicas, visando à eficiência e à eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS, favorecendo que todos os gestores de unidades sejam profissionais habilitados e/ou qualificados na área da Saúde para a função.

109. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem constituir e implementar uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde que possibilite a identificação de necessidades e potencialidades loco-regionais e de acordo com as novas diretrizes nacionais, conforme as Portarias MS nºs 399/06 e 699/06 e 1.996/07, capaz de produzir mudanças na gestão, na atenção, na formação, na participação em saúde, e modificações nos processos de trabalho no SUS, promovendo a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, formando os Núcleos de Educação Permanente em Saúde, descentralizados, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para todos os trabalhadores do SUS.

110. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer cooperação técnica inclusive por meio do “Tele Saúde” para as Equipes de Saúde da Família, estimulando a



formação de grupos de estudos entre os trabalhadores de saúde, bem como a avaliação do perfil dos profissionais que atuam nessas equipes para o desenho de estratégias de educação permanente em saúde.

111. O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde na capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde, com metas físicas e financeiras definidas por meio da implementação de uma política de educação permanente em saúde, em atividades de formação diversificada, inclusive de pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, que busquem refletir sobre as problemáticas do mundo do trabalho visando à valorização do profissional e à re-significação de suas práticas, induzindo a integralidade do cuidado e a humanização do próprio sistema com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

112. Utilizar, nas atividades de educação permanente, metodologias que busquem propiciar a formação de sujeitos por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, da ludicidade, da afetividade e da compreensão e significação ativa sobre o cotidiano do trabalho para o atendimento e esclarecimento à população, com ênfase na humanização, promoção da saúde, integralidade e, resolutividade nas temáticas de gênero, violência, dependência química, DST/HIV/aids, hipertensão/diabete, saúde mental, grupos terapêuticos, autocuidado, cidadania e outras.

113. O Ministério da saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem normatizar os campos de integração/interação ensino- serviço (espaços de ensino-aprendizagem), incentivar a implementação e o funcionamento de comissões de ensino-serviço de educação permanente nos municípios que são ou serão campo de trabalho e de estágio de estudantes residentes, criando gratificação para os profissionais que exercem atividades de preceptoria e orientação em serviço.

114. Fortalecer as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço para que se efetivem como espaços de formulação da política de educação permanente em saúde em apoio a todos as esferas de gestão para a construção de pactos coletivos, contemplando o interesse de participação intersetorial, a autonomia de indicação das representações dos segmentos na sua composição estabelecendo fluxos, responsabilidades e critérios para a elegibilidade em cada esfera de governo e comprometendo os gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, educação e assistência social para a formação de multiplicadores de ações educativas e intersetoriais.

115. Os Ministérios da Saúde e da Educação e as secretarias estaduais de saúde e educação devem estimular a realização de cursos de especialização, residências multiprofissionais, residências médicas e mestrados profissionais em saúde, a partir das necessidades do SUS, com ênfase nas áreas de atenção básica em saúde da família e comunidade, e garantir no âmbito estadual e federal os mecanismos de financiamento permanente destes.

116. Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades

sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior, com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS.

117. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer projetos, convênios e/ou programas que envolvam os graduandos da área da Saúde, de universidades públicas e particulares, para desenvolverem trabalhos integrados de ação social em saúde e educação na rede do SUS, por meio de estágios e atividades regulares de formação, em especial nas áreas da atenção básica, Estratégia Saúde da Família e na rede de saúde mental.

118. Ampliação do Pró-Saúde, associada a estágios para os acadêmicos de odontologia, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e outros, e a implementação de ações semelhantes ao projeto VER-SUS (metodologia de estágios de vivência) com vagas no serviço público para estagiários interessados, contribuindo com a formação, a produção de conhecimentos e a qualificação da formação em saúde.

119. O Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, as instituições formadoras e as entidades profissionais devem estimular e apoiar práticas educacionais criativas para viabilizar as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, trabalhando institucionalmente com os usuários e os servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informações e comunicação nos serviços de saúde possibilitando a construção de rodas de educação permanente para a ampliação do cuidado integral aos funcionários, usuários e demais atores envolvidos no processo.

121. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implementar a capacitação permanente para os trabalhadores da saúde, visando ao desenvolvimento de ações de educação em saúde junto à população, a serem implantadas em toda a rede de cuidado a partir da realidade local. (BRASIL, 2008, p. 90)