

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Neuza Buarque de Macêdo

**Política de Gestão da Educação na Saúde: uma
análise da implementação no município do Recife-PE**

Recife
2012

NEUZA BUARQUE DE MACÊDO

Política de Gestão da Educação na Saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Co-orientador: Dr. Abel Menezes Filho

Recife
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- M141p Macêdo, Neuza Buarque de.
Política de gestão da educação na saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE / Neuza Buarque de Macêdo. - Recife: [s.n.], 2012.
93 p. : ilus., graf.
- Dissertação (mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
1. Políticas públicas de saúde. 2. Gestão de recursos humanos em saúde. 3. Educação, gestão em saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. ths. II. Título.

NEUZA BUARQUE DE MACÊDO

**Política de Gestão da Educação na Saúde: uma análise da implementação no
município do Recife-PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 31/05/2012

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr. Abel Menezes Filho
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a Kátia Rejane de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a Joselma Cavalcanti Cordeiro
Faculdade de Ciências Médicas/UPE

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio incondicional durante essa jornada.

A Paulette pelo apoio, pela paciência durante o meu processo de aprendizagem.

A Kátia por acreditar em mim e pela generosidade e amizade que dedicou a mim em todos os momentos que precisei.

A grande amiga Juliana Oriá pelo apoio incondicional em todos os momentos e principalmente nos momentos finais dessa pesquisa.

“... ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”

Paulo Freire

MACÊDO, Neuza Buarque de. *Política de Gestão da Educação na Saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

Com a criação da SGTES em 2003, a Gestão do Trabalho se transforma em política de Estado e a Gestão da Educação é introduzida com o objetivo de transformar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem. Essas inovações na forma de conceber a gestão do trabalho e da educação na saúde, propostas por esta Secretaria, ainda apresenta-se como um grande desafio de implementação na esfera municipal. A política de gestão da educação na saúde apresenta-se como um fenômeno complexo, cuja análise do seu processo de implementação tem sido pouco abordado pelas pesquisas acadêmicas. A Secretaria Municipal de Saúde de Recife vem, desde 2001, promovendo mudanças na gestão de seus trabalhadores, através da reformulação do seu organograma; da descentralização administrativa da gestão dos recursos humanos para os Distritos Sanitários e da estruturação da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho. Essa estrutura em seus departamentos, em muito se assemelham a estrutura que foi proposta pela SGTES para Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Diante do exposto, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a implementação da política de gestão da educação no município de Recife. O percurso metodológico selecionado como o mais adequado para responder aos objetivos foi o estudo de caso com o apoio do referencial teórico da análise de políticas públicas em saúde. Foram utilizados dados primários provenientes de entrevistas semi-estruturadas e secundários provenientes da análise documental. A população foi composta por diretores e ex-diretores da Diretoria Geral e Gerências Operacionais da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do município de Recife-PE. Pode se constatar que o município de Recife tem avançado na implementação da Política de Gestão da Educação desde a reformulação do seu organograma, até o investimento na parceria com as instituições de ensino superior e a conformação dos serviços de saúde como campo de formação, e também na instituição de espaços de gestão colegiada. Contudo, o conteúdo propositivo da política ainda não foi internalizado pela gestão descentralizada, exigindo investimento na qualificação desses gestores.

Palavras chaves: Políticas Públicas de Saúde, Gestão de Recursos Humanos em Saúde, Educação, Gestão em Saúde.

MACÊDO, Neuza Buarque de. *Policy Management Health Education: a review of the implementation in the city of Recife*. 2012. Dissertation (Master of Public Health) - Research Center Aggeu Magellan Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRACT

With the creation of SGTES in 2003, the Labor Management becomes state policy and management education is introduced in order to transform the public health system in a network of teaching and learning. These innovations in designing the management of work and health education as proposed by the Secretariat, still presents a major challenge for implementation at the municipal level. The policy of management education on health is presented as a complex phenomenon, whose analysis of the implementation process has been poorly addressed by academic research. The Municipal Health Department of Reef has, since 2001, promoting changes in the management of their workers, by revising its organizational structure, administrative decentralization of the management of human resources for health districts and the structuring of the Office of Labor Management. This structure in its departments, greatly resemble the structure that was proposed by SGTES for Work Management in Health and Education on the above, the purpose of this study was to analyze the implementation of the policy of management education in the city of Recife. The methodological approach selected as most suitable to meet the objectives of the case study was supported by the theoretical analysis of public health policies. We used primary data from semi-structured interviews and document analysis from the side. The population was composed of directors and former directors of the Directorate General Managers and Operational Management of Work and Health Education in the city of Recife. It can be seen that the city of Recife has advanced in the implementation of Policy Management Education since the overhaul of its organizational structure, to the investment in partnership with institutions of higher education and the shaping of health services as a field training, and also in institution of collegiate management spaces. However, the propositional content of the policy has not yet been internalized by decentralized management, requiring investment in the training of managers.

Keywords: Public Health Policies, Human Resources Management in Health, Education, Management in Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Descrição dos sujeitos selecionados para compor a amostra dessa pesquisa....	43
Quadro 2 - Categorias operacionais previamente estabelecidas (variáveis)	45
Figura 1 - Representação gráfica do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente	47
Figura 2 - Representação gráfica do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente	48
Figura 3 - Representação gráfica do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente	49
Figura 4 - Mudanças na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-Pe no período de 2001 a 2011	55
Quadro 3 - Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período de 2001-2009 segundo as categorias analíticas, no município de Recife PE	61
Quadro 4 - Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas no Plano Municipal de Saúde (PMS), período 2002 a 2013, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	63
Quadro 5 - Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	67
Quadro 6 - Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período de vigência do Plano Municipal de Saúde 2001-2009, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE	80

Quadro 7 - Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas no Plano Municipal de Saúde (PMS), período 2002- 2013, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	83
Quadro 8 - Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período de vigência do Plano Municipal de Saúde 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe....	88
Quadro 9 - Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período 2001-2009 segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE	93
Quadro Síntese 10 - Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas no Plano Municipal de Saúde, período 2002-2013, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	94
Quadro Síntese 11 - Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	94
Quadro 12 - Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período 2001-2009, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE	97
Quadro 13 - Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas no Plano Municipal de Saúde (PMS), período 2002 a 2013, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	98
Quadro 14 - Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADSUS	Adicional por Desempenho do SUS
ADSUS	Adicional por Desempenho do SUS
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CADRHU	Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFET-PE	Centro Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIEE	Centro de Integração Empresa Escola
CIES	Comissões de Integração Ensino Serviço
CMS	Conferência Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEP	Colegiado de Formação e Educação Permanente
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DEGES/SGTES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
DGAS	Diretoria Geral de Atenção à Saúde
DGDAP	Diretoria Geral de Desenvolvimento
DGERTS/MS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde
DGGT	Diretoria de Geral de Gestão do Trabalho
DGGT	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
DGGTES	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DGT	Diretoria de Gestão do Trabalho
DS	Distrito Sanitário
EAD	Ensino a distância
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
ETS	Escolas Técnicas do SUS
FBV/IMIP	Faculdade de Boa Viagem/Instituto Materno Infantil de Pernambuco
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FENSG	Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
FOP	Faculdade de Odontologia de Pernambuco
GT	Grupo de Trabalho
GAAH	Gerência de Assistência Ambulatorial e Hospitalar
GAB	Gerência de Atenção Básica
GERUS	Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS
GM	Gabinete Ministerial
GOGP	Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instrução Normativa de Educação Permanente
MS	Ministério da Saúde
NESC/CPqAM	Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
PAC	Programa Academia da Cidade
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAEP	Plano Anual de Educação Permanente
PAREPS	Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde

PCCS	Plano de Cargos Carreira e Salários
PDEP	Plano Distrital de Educação Permanente
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PITS	Programas de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente na Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curricular do Curso de Medicina
PRÓ-RESIDÊNCIA	Programa Nacional de Apoio a Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSF	Programa de saúde da Família
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGETES/MS	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Concepções teóricas sobre a administração de processos de trabalho na saúde	22
3.2 As concepções presentes na gestão do trabalho e da educação na saúde	27
3.3 Desafios de incorporação dos conceitos da Educação Permanente e da Educação Continuada na realidade dos serviços de saúde	32
3.4 A evolução do marco normativo legal no campo da Gestão da Educação na Saúde e sua relação com a evolução no campo conceitual	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1 Desenho do Estudo	40
4.2 Coleta e registro dos dados	41
4.3 Plano de análise dos dados	43
4.4 Considerações éticas (Res. 196/96 CNS)	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 Análise do contexto em que se desenvolveu a Política de Gestão da Educação na Saúde	46
5.1.2 A Política Nacional de Educação na Saúde (PNEP) e o desafio que representa a sua implementação	46
5.1.3 Do desenvolvimento de pessoas à Gestão da Educação na Saúde	49

5.2 Análise do Processo de implementação da Política de Gestão da Educação na Saúde	56
5.2.1 Educação Permanente própria da Secretaria Municipal de Saúde	56
5.2.2 Evolução da relação da Secretaria Municipal de Saúde com as Instituições de Ensino Superior	75
5.2.3 Política específica de estágio	89
5.2.4 Relação com as Escolas Técnicas do SUS	95
6 CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
APÊNDICE B - Roteiro da entrevista para DGGTES	110
APÊNDICE C - Roteiro da entrevista para GOGP	111

1 INTRODUÇÃO

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma nova forma de pensar e estruturar as ações e a oferta de serviços em saúde, considerando-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Sua forma descentralizada de implementação, com foco na gestão municipal do sistema, transformou os municípios no maior empregador do setor público de saúde (MACHADO, 2006).

Na saúde, garantir a oferta de ações e serviços exige a incorporação de um grande número de profissionais em função da natureza e da complexidade dos atos necessários para a sua implementação. As organizações de serviços de saúde têm características peculiares em termos de organização e de gestão. Atendem a uma clientela muito diversa (crianças, jovens, idosos) que depende do trabalho de especialistas, com autonomia de prática, para terem suas necessidades atendidas. Funcionando em equipes multiprofissionais e multidisciplinares, se constitui um espaço de múltiplas disputas entre diferentes atores, com distintos interesses e capacidades de atuar (DUSSAULT, 1992; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Percebe-se que, no setor saúde, o desenvolvimento tecnológico não reduziu a necessidade de contratação de profissionais, mas tornou-os central para a viabilidade do sistema, aumentou a necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais e multidisciplinares e, como consequência, passou a exigir das estruturas administrativas formas adequadas de gestão desses trabalhadores (MACHADO, 2006).

Contudo, durante toda a década de 1990, a área de Recursos Humanos (RH) foi negligenciada enquanto uma dimensão importante para o processo de consolidação do SUS. A ausência de uma efetiva política de RH, compatível com uma concepção universalista de sistema de saúde, gerou uma enorme dívida social com os trabalhadores tais como: ausência de perspectiva de carreira profissional; a dificuldade de renovação do quadro de trabalhadores, bem como a sua expansão realizada através de formas precarizadas de vínculo; a criação de novas profissões e ocupações sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS; a expansão de novos cursos de saúde sem critérios coerentes de qualificação para o trabalho no SUS e, principalmente, ausência de estruturas competentes para a administração pública dessas questões (MACHADO, 2006; PIERANTONE et al., 2008).

Em 2003, com a mudança da gestão do Ministério da Saúde, é criada a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) garantindo uma nova perspectiva para

a área de Recursos Humanos na saúde. A gestão dos trabalhadores ganha visibilidade e passa a ser considerada uma política de Estado com acúmulo de poder para definir e induzir uma política para o setor, realizar a sua implementação, acompanhamento, bem como a instrumentalização dos gestores para a sua operacionalização nos estados e municípios brasileiros, contribuindo, assim, para a reconfiguração desta área na política nacional (PIERANTONE et al., 2008).

A SGTES/MS fortaleceu e deu visibilidade à Gestão da Educação na Saúde, instituindo inclusive o termo, através da criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS). Formulou, então, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) objetivando a transformação da rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, instituída inicialmente, pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, substituída em seguida, pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (PIERANTONE et al., 2008).

Na concepção dessa política, o conceito pedagógico da educação permanente é colocado como embasamento tanto dos processos de formação dos profissionais como da prática de atenção e de gestão no setor saúde. Esse conceito foi escolhido por possibilitar que a aquisição de conhecimento teórico ocorresse a partir da reflexão sobre a prática cotidiana (aprendizagem significativa), objetivando a transformação do processo de trabalho e de formação (CECCIM, 2005; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Com a edição da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, a Educação Permanente passou a significar um instrumento de gestão com capacidade para instituir espaços de reflexão sobre a prática, permitindo atuar sobre a micropolítica do trabalho em saúde e, portanto, sobre as relações de trabalho nos quais novos acordos de convivência, mais comprometidos com os interesses e necessidades dos usuários, poderiam ser construídos. (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A política está direcionada para as equipes de atenção e de gestão, para usuários, docentes e estudantes. Os processos educativos são construídos a partir da realidade dos trabalhadores, de suas concepções e de suas relações de trabalho. A vivência e a reflexão sobre a prática são as que podem produzir, no interior das organizações, o incômodo necessário ao questionamento de se os processos de trabalho de suas equipes estão atendendo às necessidades de usuários e trabalhadores. Ao mesmo tempo, esse questionamento, pode produzir a disposição para a mudança de práticas e de conceitos necessários a um processo de transformação (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

No entanto, na administração dos serviços de saúde, predominou uma forma de gerenciamento, presente no paradigma clássico da administração, com foco na execução de normas e padrões previamente estabelecidos, com o objetivo de disciplinar os profissionais, desconsiderando que os mesmos têm vontade e projetos próprios. Forma de gestão que não vem mostrando eficácia no terreno da saúde, talvez por desconsiderar o aspecto não controlável do trabalho em saúde com suas especificidades e exigências (CAMPOS, 1998; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM; 2006). Nas estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde dos municípios, essa forma de gerenciamento se expressa pela ênfase dada às atividades relacionadas aos aspectos operacionais como os processos de admissão, demissão, folha de pagamento, frequência, entre outros.

A saúde é um terreno no qual predominam as tecnologias leves (relacionais), em detrimento das tecnologias duras (equipamentos e saberes estruturados). Pode-se constatar, portanto, que a gestão baseada no controle, na rigidez, no autoritarismo, dificilmente promove a autonomia e o comprometimento desses profissionais com a tarefa fim de uma organização de saúde, mas tendem a gerar alienação e insensibilidade para com as necessidades dos usuários (CECILIO, 2010; MERHY, 1999).

Uma gestão participativa, também proposta pela SGTES/MS, que não separa processos de trabalho, planejamento, concepção e direção, possibilita uma reflexão sistemática do fazer cotidiano da gestão e apresenta como resultado: o reconhecimento das dimensões de poder, presentes nas relações no interior da organização; a produção de novos conhecimentos (função pedagógica) e a criação de uma cultura organizacional de caráter democrático. Fazer gestão participativa, portanto, se constitui uma garantia de inovação da gestão e promoção de efetivas mudanças no paradigma clássico da administração pública (CAMPOS, 2000; CECÍLIO, 2010).

Essas inovações na forma de conceber os recursos humanos enquanto atores sociais e na forma de conceber os processos de formação e de gestão dos trabalhadores na saúde, propostas pela SGTES/MS, apresenta-se como um grande desafio de implementação para os gestores das estruturas de gestão do trabalho e da educação, nas esferas estadual e municipal.

A operacionalização da gestão da educação na saúde nos municípios tem ocorrido através de parcerias com as Instituições de Ensino Superior (IES) e as Escolas Técnicas (ETS), tanto no que se refere à abertura de campos de estágios para alunos das graduações na área da saúde, como na formação para a qualificação de profissionais, que atuam na assistência ou na gestão do sistema.

Aponta-se, portanto, para a necessidade das estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde atuarem no sentido de desenvolver e fortalecer parcerias com as IES e ETS através de uma política de estágio que permita uma boa integração ensino-serviço e um projeto próprio de educação permanente.

Antes da criação da SGTES/MS, a coordenação e gestão dos trabalhadores da saúde, na esfera nacional, estava dividida em várias instâncias dentre as quais a Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH), vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e uma coordenação de desenvolvimento de pessoal para o SUS. Neste período, a administração da força de trabalho era tratada de forma completamente separada dos processos de educação e formação dos mesmos trabalhadores.

Com a institucionalização de uma secretaria dentro do MS, para tratar exclusivamente da gestão dos trabalhadores do SUS, estrutura-se um organograma subdividido em três áreas: Diretoria de Programas, que coordena a Rede Observatório de Recursos Humanos e o Programa Nacional de Capacitação Gerencial; o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que conta com uma coordenação para ações estratégicas e outra para ações técnicas de educação na saúde; e, por último, um Departamento de Gestão e Regulação do trabalho na Saúde (DEGERTS), que se subdivide na coordenação de gestão, regulação e negociação e da gestão do trabalho.

Com a consolidação da SGTES/MS, vai se vislumbrando a extrapolação desses conceitos para as secretarias estaduais e municipais. Nessas secretarias, a gestão dos trabalhadores era feita por setores voltados à administração de pessoal, normalmente denominados de Departamentos de Recursos Humanos (DRH), quer sejam próprios da saúde ou mesmo um setor único para toda a prefeitura, localizado nas secretarias de administração. A SGTES, portanto, introduz o termo Gestão do Trabalho e coloca a Gestão da Educação na Saúde na pauta, induzindo o surgimento de setores assim denominados dentro da estrutura organizacional de estados e municípios.

Como forma de promover essa indução sistematicamente para todo o país, o DEGERTS/SGTES/MS implanta oficialmente o PROGESUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS – pela edição da Portaria GM/MS nº 2.261, de 22 de setembro de 2006 que estabelece cooperação técnica e financeira, com estados e municípios, para o fortalecimento e qualificação das estruturas de gestão do trabalho e da educação nessas instâncias (MACHADO; MOYSÉS; LEMOS, 2012).

O objetivo do PROGESUS é “estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde de ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no

SUS”. Esse programa está estruturado em quatro componentes: I. Estruturação (apoio financeiro, definição de equipe e estrutura física, aquisição de equipamentos); II. Qualificação das equipes (cursos, oficinas, seminários); III. Sistema de informação gerencial específico para o setor; IV. Sistema de informação nacional (InforSUS). Tais componentes estão inseridos no Pacto pela Saúde 2006 e são considerados como os que reúnem as “condições que permitiriam às secretarias cumprirem as diretrizes específicas para a gestão do trabalho em saúde, estabelecidas por consenso entre as três esferas de Gestão do SUS” (MACHADO; MOYSÉS; LEMOS, 2012).

No município de Recife-PE, a gestão dos trabalhadores era realizada até o ano de 2001 pela Diretoria de Recursos Humanos (DRH), dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A partir daquele ano, a SMS iniciou o processo de reformulação incorporando os conceitos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Essa incorporação foi progredindo ano a ano, acompanhando a política a nível nacional.

Inicialmente, foi feita a passagem do conceito de RH para o de administração e desenvolvimento de pessoas, refletido na mudança para DGADP (Diretoria Geral de Administração de Pessoas). A partir de 2003, começa-se a absorver a ideia de gestão do trabalho e da educação na saúde, sem, no entanto, haverem novas mudanças na estrutura administrativa.

Em 2005, com o objetivo de fortalecer as ações de Gestão do Trabalho, é criada no Recife, a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) e reforçada a gestão descentralizada para os seis Distritos Sanitários do município, onde os setores de RH galgam o nível de departamento. A gestão da educação na saúde, que já vinha sendo gestada desde 2001, também ganha mais espaço, a partir da parceria com as instituições de ensino superior para formação especializada das equipes de saúde da família, capacitação dos agentes de saúde ambiental e reformulação dos campos de estágios.

O Recife adere ao PROGESUS e a gestão da educação continua evoluindo e se constituindo então, numa Política Municipal. São constituídos instâncias colegiadas para organização dos estudantes nos campos de formação, instituídos novos cursos de especialização e residências, estruturados os departamentos de RH nos distritos e definido técnicos responsáveis pela interlocução com as IES, tanto nos distritos como na DGGT. O processo de implantação da política segue evoluindo, até a reforma administrativa de 2011, que incorpora o nome da educação na saúde à sua sigla, denominada de DGGTES.

Diante do exposto, coloca-se a seguinte questão como pergunta norteadora desta pesquisa: como está sendo implementada a Política de Gestão da Educação na Saúde no município de Recife-PE?

A questão se justifica pelo investimento técnico, político e financeiro que vem sendo feito pelos três níveis de gestão para promover a qualificação das estruturas de gestão do trabalho e da educação, através de iniciativas como o PROGESUS. O processo de implementação da Gestão da Educação na Saúde, tanto nos níveis estaduais como municipais, tem sido pouco avaliado, necessitando de estudos e pesquisas que colaborem na definição dos rumos desta Política.

Como pressupostos, assume-se que a Política de Gestão da Educação na Saúde no município do Recife foi se estruturando gradativamente no período de 2001 a 2011, sendo descentralizada para os Distritos Sanitários, porém de forma diferenciada entre estes. No entanto, esta Política ainda é pouco conhecida e não utiliza a educação permanente enquanto instrumento de fortalecimento da gestão e da formação dos trabalhadores da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a implementação da política de gestão da educação na saúde no município de Recife, no período de 2003 a 2011.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as ações de implementação da Gestão da Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE;
- b) Descrever a relação da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE com as Instituições de Ensino Superior;
- c) Descrever a política específica de estágio da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE;
- d) Descrever a relação da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE com as Escolas Técnicas do SUS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Concepções teóricas sobre a administração de processos de trabalho na saúde

Final do século XIX até a metade do século XX, desenvolveram-se as primeiras concepções teóricas acerca de como os processos de trabalho deviam ser administrados. Baseando-se nos princípios da racionalidade, da eficiência e motivada pelo sistema fabril, surge a primeira teoria formal para as modernas organizações: a abordagem clássica da administração (CHIAVENATO, 1997; MATIAS-PEREIRA, 2008).

Segundo Chiavenato (1997), a perspectiva clássica se desdobra em duas orientações diferentes, sendo uma delas a da Administração Científica, que tem como principal referência os trabalhos desenvolvidos por Frederick Winslow Taylor, conhecido como um dos fundadores da Escola de Administração Científica ou Escola Clássica.

Na administração científica, ocorre uma repartição da responsabilidade nas equipes, separando aqueles que planejam e supervisionam daqueles que executam o trabalho. Com essa divisão, cada operário passou a ser especializado na execução de uma única tarefa (linha de montagem). Os cargos e as tarefas são definidos para uma execução automatizada, onde o trabalhador apenas executa as tarefas, não sendo solicitado a este pensar ou decidir sobre o seu trabalho (CHIAVENATO, 1997).

O Movimento da Administração Científica apresenta algumas ideias centrais como: a ideia de “Homo Economicus”, de Produção-Padrão e de Incentivo. Segundo este, o homem é um ser eminentemente racional e, portanto, com capacidade para tomar decisões com total conhecimento dos cursos de ação disponíveis para ele e de suas consequências. Esse controle é focado na tomada de decisões e na escolha das melhores alternativas, em termos de lucros, prevalecendo, assim, nesta visão de homem, a dimensão econômica. Visão essa incorporada pelos administradores em seus trabalhos e nem sempre condizente com a realidade complexa em que atuam e cujos problemas nem sempre são de natureza econômica (MOTTA, 1991; MATOS; PIRES, 2006).

Algumas críticas foram feitas a esta abordagem, sendo que a principal está na pouca atenção dada ao elemento humano. Prevalencia uma visão extremamente mecanicista na qual os empregados eram considerados instrumentos passivos tomados exclusivamente na sua dimensão individual e ignorados quanto a sua dimensão social (CHIAVENATO, 1997).

A segunda ideia que fundamenta a administração científica é a de que a função principal do administrador é a de determinar a maneira certa de executar o trabalho, sendo necessário o estudo de tempos e movimentos das atividades de trabalho, e de que, para cada tipo de trabalho, existem perfis de pessoas para realizá-los. Com isto, seria possível determinar a Produção-Padrão da organização, cabendo aos trabalhadores o papel apenas de executor do trabalho de forma prescritiva e sem discussão. Ao administrador, fica reservada a condução e o planejamento (MOTTA, 1991).

Essas teorias foram, posteriormente, questionadas quanto a seus pressupostos e limitação de métodos, surgindo novos modelos teóricos que abrandaram a dureza da racionalidade presente nessas teorias. À dimensão racional e formal desses modelos foi acrescentada a dimensão subjetiva, presente nas relações humanas, permitindo que a motivação passasse a ser orientadora do comportamento dos trabalhadores, reconhecendo a existência do conflito (inerentes aos processos grupais) e provocando o deslocamento do foco na estrutura para o foco na dinâmica da organização. É considerada a abertura para o desenvolvimento de trabalhos em grupo, a valorização dos trabalhadores e sua participação, bem como a inclusão destes na busca por soluções e tomada de decisões (CAMPOS, 2000; MATOS; PIRES, 2006).

Esse questionamento propiciou o surgimento da Escola das Relações Humanas na Administração, cujas ideias ganharam força e se desenvolveram a partir de 1930 com a grande crise que assolou o mundo capitalista. Essa escola traz uma nova perspectiva para o reerguimento das empresas cuja grande preocupação, dos administradores, era a produtividade (redução de custos). Incorpora, assim, alguns conhecimentos de teorias provenientes da Psicologia e estudos e experiências de cientistas sociais de Havard (MOTTA, 1991).

Segundo Chiavenato (1997), essa escola inaugura uma nova concepção sobre a natureza do homem, o homem social, que se baseia em aspectos como: a) os trabalhadores são criaturas sociais complexas, dotados de sentimento, desejos e temores, cujo comportamento é consequência de fatores motivacionais; b) as pessoas são motivadas e alcançam suas satisfações por meio dos grupos sociais; c) as dificuldades relacionadas às relações interpessoais provocam elevação da rotatividade, fadiga psicológica e redução do desempenho; d) o comportamento do grupo é influenciado pelo tipo de supervisão e liderança; e) as normas sociais do grupo funcionam como mecanismos reguladores do comportamento dos membros. Os níveis de produção são controlados informalmente pelas normas dos grupos. Esse controle pode ser exercido tanto através de sanções positivas quanto negativas.

A partir de sua concepção de “Homo Social”, essa escola faz uma crítica implacável à ideia de “Homo Economicus”. O Homo Social concebe o Homem como um ser de comportamento complexo (não simplista nem mecanicista) condicionado pelo sistema social e demandas biológicas, que necessita de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e auto-realização (MOTTA, 1991).

Outro conceito de que faz uso essa escola é o de grupo informal. Um grupo informal emerge em uma organização quando interações informais entre um determinado número de indivíduos começam a intensificar-se e a tomar corpo. Na administração, deve-se reconhecer os grupos informais e pô-los em sintonia com os objetivos da organização formal, o que pode ser feito através da observação atenta dos coordenadores, da dinâmica de grupo e de outros recursos (MOTTA, 1991).

Segundo Campos (1998; 2000), o surgimento de novos modelos teóricos para a administração dos processos de trabalho não provocou mudanças significativas no gerenciamento adotado pelas organizações de saúde. Até hoje, prevalece a centralização do poder nos núcleos de gerência, o controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos, a elaboração e prescrição de normas sobre o comportamento dos trabalhadores (cumprimento de horário, elaboração de relatórios).

Segundo Campos (2005), no campo da saúde, ainda é visível a herança do estilo tradicional de gestão, centrado na Racionalidade Gerencial Hegemônica (taylorismo), o qual se utiliza de métodos e estratégias pautados em princípios como a hierarquia, o controle, a ordem, a normatização dos procedimentos, a inflexibilidade, o autoritarismo e a educação para a renúncia, para aceitar o cotidiano sem mudanças.

Nas estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde nos municípios, esse modo de funcionar, baseado nas escolas tradicionais de administração, se expressa na ênfase dada às atividades relacionadas aos aspectos operacionais tais como: admissão, demissão, frequência (supervisão nas unidades), folha de pagamento, produtividade, agendamento de férias e licenças, processos administrativos dos servidores, administração dos benefícios indiretos como tickets alimentação, salário família, carregamento do cartão de passagem, ou seja, foco em serviços administrativos, mais direcionado a atividades burocráticas, desde a chegada do servidor ao término de seu contrato de trabalho.

Toda atividade humana organizada, seja de qual natureza for, dá origem a duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em diferentes atividades e a coordenação das mesmas. Essas exigências envolvem diversos parâmetros de *design*, assim como fatores situacionais. Dentro dessa perspectiva, o agrupamento de fatores situacionais e

parâmetros de *design* determinam a estrutura organizacional de uma entidade, a qual possui um importante papel no resultado final das organizações (MINTZBERG, 2009).

Desta maneira, uma organização pode ser subdividida em seis partes básicas: cúpula estratégica (responsabilidade global pela organização), linha intermediária (ponto de ligação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional), tecnoestrutura (concebe, planeja e assegura os processos de produção), assessoria de apoio (área especializada, terceirizada ou não, que tem a função apoiar a organização fora do fluxo de produção), núcleo operacional (setor de produção) e ideologia (“a parte viva” de qualquer organização, sistema de crenças sobre a própria organização). De acordo com a combinação destes elementos, as organizações podem ser classificadas em seis modelos básicos. Seguindo essa classificação, as organizações de saúde são consideradas um modelo de organização profissional, pois predomina a padronização das habilidades e não a de processos e, dependem de profissionais treinados: pessoas altamente especializadas, mas com considerável controle sobre seu trabalho (MINTZBERG, 2009).

As organizações de saúde, segundo Dussault (1992), são organizações profissionais e, como tal, a oferta de ações e serviços dependem da atuação de profissionais especializados. Esses, por sua vez, pertencem a categorias profissionais que supervisionam e determinam as normas de atuação mais adequadas para garantir uma atenção de qualidade.

Enquanto organização profissional, depende de uma atuação em equipes multidisciplinares, o que exige uma renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais. Outro aspecto a ser ressaltado é a condição de dependência em que os usuários se encontram nesse tipo organização, por não deter a informação necessária para definir ou discernir, eles mesmos, o tipo de serviço adequado as suas necessidades (DUSSAULT, 1992).

São também organizações de serviços públicos e, enquanto tal, não estão submetidas às regras de mercado, podendo permanecer em funcionamento mesmo quando não são eficientes. Além disso, têm o dever de atender a toda a população, mesmo que esse dever esteja em contradição com a limitação de recursos. Seus objetivos são fixados por uma autoridade externa à organização e, por isso, são muito vulneráveis à interferência política. É uma área de disputa entre atores com diferentes interesses: os usuários, demandando serviços de qualidade; os profissionais querendo desenvolver suas habilidades com boa remuneração; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios e o governo que quer benefícios políticos e visibilidade (DUSSAULT, 1992).

O SUS constitui-se em uma organização de serviços públicos de saúde baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Apresenta, portanto como exigência de gestão, que se leve em consideração todas essas especificidades. Um padrão prescritivo de gerenciamento não permite a criação de um espaço de flexibilidade propício ao surgimento da criatividade nos processos de busca por soluções de problemas e de tomada de decisão. A questão que se coloca é saber se a perspectiva da administração científica ou burocrática dá conta da gestão de uma organização pública de saúde.

Essa característica determina a elevada autonomia dos profissionais e confere, aos mesmos, a capacidade de resistir ao fluxo de poder descendente. Por essa razão, os gestores necessitam adotar uma postura adequada na condução do processo de implementação das políticas, assumindo o papel de negociador entre a macropolítica da gestão e as estratégias das corporações profissionais que atuam nas organizações. A hierarquia rigorosa e a centralização não são estratégias compatíveis com as organizações de saúde (GURGEL JR.; MEDEIROS, 2003).

As inovações tecnológicas e organizacionais vêm causando importantes mudanças no mundo do trabalho, seja na produção, seja na sociedade como um todo, com repercussões que parecem ser bastante profundas (OLIVEIRA, 1997). Na medida em que o setor saúde foi se consolidando e os paradigmas de gestão da escola clássica da administração foram se tornando insatisfatórios para atender as demandas por competência gerencial, novas tecnologias de gestão foram desenvolvidas, tanto no que se refere aos processos de formulação e decisão políticos, quanto a produção de atos de saúde (MERHY, 1999).

Segundo Merhy e Franco (2003), no início do processo de institucionalização do SUS, nas décadas de 1970 e 1980, o modelo tecnoassistencial para a saúde estava centrado na oferta de serviços de saúde e operava segundo um processo de trabalho embasado principalmente nos conhecimentos da epidemiologia e da vigilância à saúde, com pouca utilização do conhecimento advindo da clínica. Contudo, na compreensão desses autores “o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental no debate sobre a organização da produção da saúde, associado aos outros saberes”.

Segundo Merhy (2007a), o trabalho em saúde envolve o uso de algumas tecnologias de ação: as tecnologias das relações que se expressam por meio das práticas de acolhimento, de vínculo, para com os usuários, e de gestão, como forma de governar processos de trabalho, foram denominadas de tecnologias leves. Outro tipo de tecnologia é a do tipo leve-dura, na qual entra em cena o conhecimento técnico (saberes estruturados) e a forma singular como esse conhecimento é empregado por cada profissional, como a clínica médica, a clínica

psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo. E a última tecnologia se refere aos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais e são denominadas de tecnologia dura.

Quanto mais os profissionais das equipes de saúde focarem no uso das tecnologias relacionais, mais próximos estarão da realização de um trabalho vivo em saúde e “é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção das saúde” (MERHY; FRANCO, 2003).

O reordenamento do núcleo tecnológico, com a incorporação das tecnologias leves e leve-duras, e sua relevância sobre as duras, é importante para possibilitar a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, dando ao trabalhador a possibilidade de agir no ato produtivo em saúde, com produção de novos produtos (MERHY, 2007b).

3.2 As concepções presentes na gestão do trabalho e da educação na saúde

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) assumiu a responsabilidade de desenvolver políticas orientadoras da gestão, da formação, da qualificação e da regulação dos trabalhadores, para fortalecer e modernizar as estruturas de gestão do setor, incluindo as secretarias estaduais e municipais. Em algumas secretarias, essas estruturas inexistiam ou se revestiam de pouca importância, desempenhando apenas a administração da força de trabalho (ARIAS, 2006).

Com esses objetivos, algumas inovações conceituais, foram introduzidas. Para gestão do trabalho, foi reformulada a concepção que usualmente se atribuía ao termo ‘recursos humanos’. Esse passou a ser entendido como um ‘ser social’, capaz de refletir e transformar a prática do seu cotidiano de trabalho, conceito embasado na sociologia do trabalho que não dissocia o trabalho, o trabalhador e a sociedade. Diferenciava-se, assim, da perspectiva da ciência da administração, que concebe os trabalhadores como mais um dos ‘recursos’ com o qual uma organização precisa lidar (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Da condição de ‘ator social’, o trabalhador da saúde passa a condição de ator implicado com as inovações e transformações na assistência e na gestão da saúde. Esse ator é instado a participar ativamente da elaboração e construção do modo de fazer funcionar a organização da qual faz parte. A liberdade, a criatividade, a iniciativa e, principalmente, a identificação desse trabalhador com o seu trabalho (com a sua obra) passam a ser estimulados, permitindo que os profissionais saiam da posição de quem recebe as prescrições do que deve ser realizado, para a posição de sujeitos implicados, que equilibra autonomia de ação com

responsabilidade. Esse ator poderá então perceber e se orgulhar dos resultados das suas ações; reconhecer-se como parte da equipe e reafirmar os objetivos fins de uma organização de saúde, o compromisso com a cura e as ações de promoção, muitas vezes esquecidos pelo excesso de burocratização, de acomodação e de disputas de poder entre as diferentes categorias (CAMPOS, 2007).

No que se refere à implementação da política de gestão da educação na saúde, esta ficou a cargo do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), que tem como responsabilidade a definição e o desenvolvimento de políticas relacionadas à formação do pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional.

O DEGES também promoveu mudanças conceituais na forma de conceber a formação dos trabalhadores da saúde, através da portaria que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (Portaria nº 198/04). Essa portaria introduziu o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), como embasamento para a política de gestão da educação no SUS, promovendo uma mudança na forma de concepção e implementação da formação profissional para a saúde (BRASIL, 2004).

A Portaria ministerial nº 198/04 introduziu as seguintes inovações: a formação do profissional passou a ser percebida enquanto uma política estratégica ao invés de mais um programa pontual do Ministério da Saúde; a Educação Permanente foi definida como conceito pedagógico, capaz de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Sua implementação passou a ser realizada a partir de uma condução locorregional (Pólos de Educação Permanente em Saúde) com coordenação colegiada (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 1996/07 GM/MS, que substituiu a Portaria nº 198/04 GM/MS, coloca a formação dos trabalhadores de nível técnico como um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, tendo em vista o papel dos mesmos no desenvolvimento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Essas mudanças introduzidas pelo DEGES/MS fizeram-se necessárias para que a gestão da educação para o SUS acompanhasse conceitualmente as mudanças conceituais trazidas para a gestão do trabalho, relacionadas à importância do trabalhador enquanto um ator transformador do seu ambiente de trabalho.

As ações para essa formação passam a ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo - as Instituições de Ensino Superior (IES); os serviços de saúde e o controle social - e a sua execução realizada, preferencialmente, pelas Escolas Técnicas do SUS (ETs), pelas IES e Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e pelas Escolas de Formação Técnicas Públicas.

Essas escolas se constituíram no processo de reordenamento do sistema de saúde brasileiro, formando uma rede junto aos núcleos universitários, que tinha como missão apoiar as instituições governamentais através da preparação de quadros técnicos de dirigentes e da realização de estudos e assessoramentos técnicos. Como estratégia de enfrentamento do problema crônico da baixa qualificação dos trabalhadores, que constituíam o maior contingente numérico da força de trabalho em saúde, é que as Escolas Técnicas do SUS (ETS) e entidades governamentais surgiram com a missão de promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio, sem qualificação específica para o desenvolvimento das ações de saúde e que atuavam no âmbito do setor saúde (BRASIL, 2003).

A parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) e Escolas Técnicas do SUS (ETS), desta forma, não é nova. Entre os anos 1980 e 1990, surgiram alguns programas, tendo como objetivo central assegurar a formação e o desenvolvimento dos quadros dirigentes para a área de Recursos Humanos em todo o território nacional. Nesse sentido, algumas ações foram desenvolvidas, como o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU) e o Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS (Projeto GERUS), objetivando contribuir para a modernização dos processos institucionais do campo de RH, a promoção da qualificação dos quadros gerenciais e do desenvolvimento gerencial dos municípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

Todas essas ações de formação, desenvolvimento e qualificação, especialmente aquelas realizadas pelas ETS, tomavam como referência a metodologia da problematização, que considera a realidade institucional dos participantes. Os cursos trabalhavam com facilitadores da aprendizagem, mantendo o profissional participante no seu local de trabalho, alternando momentos de concentração (fora do local de trabalho) com momentos de dispersão (no local de trabalho), entendendo, dessa forma, os alunos como sujeitos do processo produtivo e potenciais agentes de mudanças (BRASIL, 2003).

Debatida intensamente durante a década de 90, é instituída nos anos 2000 a NOB-RH/SUS, que estabeleceu os princípios e diretrizes para a implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS. Nela estão explicitadas as atribuições e responsabilidades dos gestores das três esferas de gestão: favorecer a mudança dos currículos universitários, por meio da abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS; buscar a incorporação e a participação das instituições de ensino em programas institucionais multidisciplinares e transdisciplinares; implementar a capacitação continuada em serviço

(com cursos de especialização, mestrado, entre outros) aproveitando os servidores como formadores (BRASIL, 2005).

Segundo a NOB/RH-SUS, cada esfera de gestão deverá elaborar, anualmente, um Programa Institucional de Educação Permanente para o conjunto de trabalhadores da saúde sob sua responsabilidade, assegurando a formação e a capacitação dos mesmos para que atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário e ao mesmo tempo promovam a elevação da auto-estima desses trabalhadores (BRASIL, 2005).

A SGTES/MS assume o papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS), a qual é a 3ª edição, revisada e atualizada, do documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), publicada em 2005, após a 12.ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2005).

Atribuições específicas para a esfera municipal também foram definidas: garantir o acesso à escolaridade fundamental a todos os trabalhadores do SUS; viabilizar a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde, através da realização de atividades conjuntas com as escolas de ensino fundamental, médio, superior (incluindo a graduação e a pós-graduação) e de educação permanente; pesquisas e extensão; incentivar o aprimoramento dos centros formadores para o SUS, os integrados a rede de ensino estadual e municipal, pode ser outra forma de viabilização dessa participação; e avaliação de serviços e programas de saúde (BRASIL, 2005).

Os programas de Educação Permanente deverão garantir a realização de atividades que promovam a educação para a gestão do trabalho em saúde tais como: administração de pessoal; utilização de fontes de informações intra e extra-setoriais; análise de sistemas de relações de trabalho e de retribuições e incentivos; gestão dos Planos de Carreira, Cargos e Salários e dos processos de negociações (BRASIL, 2005).

Diante dos problemas na gestão do trabalho e da educação em saúde, como a não existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os servidores, a precarização nas relações de trabalho e a falta de qualificação tanto para os trabalhadores como para os gestores, e considerando que o investimento e a priorização dessa área podem vir a desencadear mudanças nas práticas político-institucionais, tanto no âmbito gerencial quanto na organização e prestação dos serviços, o Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, pactuante Pacto pela Saúde 2006, inseriu na dimensão Pacto de Gestão demandas por provimento e qualificação profissional de seus servidores (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão é um documento de orientação e condução político-gerencial, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite, reforçando-se a regionalização dos serviços e a proposta de constituição de redes integradas que articulassem os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Esse documento, estruturado em três dimensões (Pacto pela Saúde, em Defesa do SUS e de Gestão) agregou pactos anteriores, instituiu mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortaleceu os espaços de controle social, redefiniu os instrumentos de regulação, programação e avaliação, e valorizou a cooperação técnica entre os gestores. Considerou a política de recursos humanos (RH) para o SUS um eixo estruturante devendo se buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho, cabendo as secretarias municipais e estaduais de saúde o fortalecimento dessas estruturas cumprindo um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão enfatiza a importância das responsabilidades sanitárias na Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, trazendo, nesse eixo, algumas diretrizes importantes, dentre as quais fortalecimento da Política de Educação Permanente para todos os trabalhadores de saúde, visando um processo formativo, com base nas demandas do SUS. Tais políticas devem ser constituídas para alcançar impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde (JUNQUEIRA et al, 2011; SILVA; SILVA, 2008).

Estas diretrizes configuram-se numa proposta de construção de consensos na gestão do trabalho e da educação na saúde e asseguram recursos para essas duas áreas. O envolvimento dessas áreas no Pacto 2006 é fruto da ação política do MS, que com a criação da SGTES/MS possibilitou a pactuação com os gestores municipais e estaduais, a explicitação da política local de gestão do trabalho e da educação. Progressivamente, podem ser identificados frutos dessa pactuação, tais como: o surgimento de estruturas locais de gestão do trabalho e de educação na saúde, a criação de mesas de negociação do trabalho, maior dedicação dos gestores às discussões dos assuntos referentes a esse campo, assim como mais participação do Congresso Nacional na discussão dessas questões (GARCIA, 2010).

Entre as diretrizes para a Educação Permanente, o pacto de gestão considera a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores, definindo para o processo de avanço na sua implementação, a cooperação técnica e articulação entre gestores, das três esferas de governo, instituições de ensino, serviços de saúde e controle social; a compreensão dos conceitos de formação e educação permanente adequando-os às distintas lógicas e especificidades das

esferas de gestão; e a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras (BRASIL, 2006).

Dentre as responsabilidades sanitárias definidas para os gestores municipais relativas a Educação na Saúde foi definido: a formulação e promoção da gestão da Educação Permanente na Saúde orientados pela integralidade da atenção à saúde e criando estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento; a promoção e articulação, junto às Escolas Técnicas de Saúde, de uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem incentivo, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS; articulação e cooperação com a implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

3.3 Desafios de incorporação dos conceitos da Educação Permanente e da Educação Continuada na realidade dos serviços de saúde

A Educação Continuada e Educação Permanente se constituem processos de educação com princípios metodológicos diferentes (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

A Educação Continuada se baseia em uma concepção pedagógica que considera que a atualização de conhecimento e o domínio das informações são suficientes para o exercício da prática profissional e para contribuir para a reorganização dos serviços de saúde, sem, contudo, criar condições para que esse conhecimento seja reelaborado frente a realidade dos serviços de saúde. Como se houvesse uma negação da aprendizagem permanente vivenciada pelos profissionais e usuários no cotidiano dos serviços de saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Uma concepção sobre o trabalho que tem como foco a dimensão objetiva e técnica das práticas profissionais como as normas, rotinas, salários, férias tende a estender essa forma de pensar também para a escolha da estratégia de capacitação para os serviços de saúde. Ao levar essa dimensão técnica do trabalho para os processos educativos, optando pela educação continuada, pode reforçar a fragmentação do processo de trabalho, na medida em que essa concepção pedagógica se centra no desempenho de cada categoria profissional e, portanto, no desempenho individual de atributos relacionados ao domínio de conhecimento e habilidades (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Segundo Ribeiro e Motta (1996), a Educação Continuada enquanto escolha para a formação dos profissionais da saúde geralmente está vinculada a oferta de cursos, congressos, eventos motivados por interesses pessoais e profissionais e apresenta algumas limitações:

Em seus cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do como deveria ser, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se veem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Por outro lado a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma perspectiva pedagógica que propõe uma virada no pensamento da educação profissional. O processo de trabalho é revalorizado enquanto espaço de aprendizagem, nesse sentido, o ponto de partida é a reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Apesar da ideia de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde ter sido prioridade para os diversos níveis de gestão do sistema de saúde no Brasil, esta ação ocorria, na maioria dos processos formativos, somente em nível de atualização técnica e científica. Tal atualização era basicamente fundamentada no tecnicismo biológico, o que gerou profissionais distantes das necessidades de saúde da população. Para transformar esta situação, a gestão da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde deveria se aproximar do ambiente de trabalho destes profissionais. Além disso, deveria ser realizada coletivamente com os atores que participam ativamente das ações de gestão, atenção e participação social na saúde (LOPES et al 2007).

Outro aspecto da EPS é que esta procura buscar as lacunas de conhecimento e o processo de trabalho em saúde é definidor de demandas educacionais (RIBEIRO; MOTTA, 1996). Sendo, portanto, contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro (CECCIM; FERLA, 2008).

[...] apesar de parecer, [...] uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM; FERLA, 2008).

A Educação Permanente em Saúde utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, onde os processos de capacitação devem ser estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, rompendo com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente (CAMPOS, 2006).

A proposta de EPS envolve o desenvolvimento de ações voltadas tanto para a formação técnica, de graduação e pós-graduação, como para a organização do trabalho, a interação com as redes de gestão e serviços de saúde e no controle social neste setor (CAMPOS, 2006).

A Educação Permanente se baseia em uma concepção do trabalho em saúde que a diferencia e que tem repercussão na forma como a educação para este trabalho é concebida. A sua concepção de trabalho vai de encontro a formas centradas na fragmentação, normatização e divisão das tarefas, para uma concepção de trabalho cooperativo com formas horizontalizadas de conceber os processos de gestão. Essa concepção requer “o deslocamento dos interesses pessoais (demandas de atualização para a competência individual) para os da instituição e equipe (demandas do processo de trabalho) na organização das práticas educativas” (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Segundo Ceccim e Ferla (2008), a Educação Permanente na Saúde:

Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários).

A Educação Continuada e a Educação Permanente não se constituem, portanto, em processos educacionais que se excluem, mas que permitem que os processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde ocorram considerando as duas dimensões, a do conhecimento técnico-científico e a da aprendizagem que ocorre no cotidiano do trabalho.

3.4 A evolução do marco normativo legal no campo da Gestão da Educação na Saúde e sua relação com a evolução no campo conceitual

O marco normativo-legal da Política da Gestão da Educação na Saúde no Brasil, no período de 2003 a 2009, passou por algumas mudanças no que se refere ao significado que foi

sendo atribuído à formação profissional para a saúde; ao posicionamento exigido para o profissional da saúde; a concepção teórico-conceitual; e a na forma de implementação das mudanças na educação na saúde (MACÊDO, 2010).

Quanto ao significado atribuído à formação profissional para a saúde, em 2003, foi editada a Portaria nº 650/03 (MS) que aprovou as normatizações do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. A formação foi concebida e implementada de forma vertical a partir da gerência nacional e estadual, com ênfase no desenvolvimento de conhecimento especializado para atuar nas atividades de atenção básica.

Em 2004, uma mudança radical no significado atribuído à formação profissional foi apresentada pela Portaria nº 198/2004 GM/MS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) e que exerceu influência nas portarias editadas posteriormente. A formação profissional foi considerada central para a transformação das práticas de atenção e de gestão no SUS, e embasada numa concepção de formação para a saúde capaz de incluir tanto a qualificação técnico-científica quanto o desenvolvimento de habilidade do trabalho em equipes multiprofissionais, que incluem a dimensão da relação interpessoal. Criando, dessa forma, condição para uma problematização do processo de trabalho (MACÊDO, 2010).

A instituição dessa política trouxe algumas inovações que representam rupturas na forma de conceber a formação dos profissionais para atuarem no SUS, como: a formação percebida enquanto uma política estratégica do governo federal para o desenvolvimento do conjunto de profissionais, ao invés de mais um programa pontual do Ministério da Saúde; propôs a Educação Permanente como o conceito pedagógico, para o setor da saúde; e a forma de implementação descentralizada da política, que deveria acontecer através dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (MACÊDO, 2010).

O marco normativo-legal caminhou para a não dissociação entre educação e trabalho, o que exige atores sociais, gestores e profissionais, com clareza das implicações e consequências de sua mudança de posicionamento proposta para o profissional da saúde a atuação nas práticas em saúde (MACÊDO, 2010).

A Portaria nº 198/2004 GM/MS renomeia os já existentes Polos de Capacitação em Saúde da Família, contudo acrescenta novas proposições teórico-conceituais ao seu significado e novas atribuições. Esses passam a caracterizar a forma para viabilizar a descentralização da formação dos trabalhadores a partir de uma condução locorregional e coordenação colegiada (colegiados de gestão). A noção de colegiado de gestão coloca todos (União, Estado e Municípios) como protagonistas do desenvolvimento e transformação dos

processos formativos no setor saúde, superando a lógica hegemônica da verticalidade de comando na condução da política (MACÊDO, 2010).

A Portaria nº198/04 foi alterada em 2007, pela Portaria nº 1.996 GM/MS, que instituiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde 2006. A condução locorregional da política passa a ser através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação articuladora das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que tem o papel de induzir as mudanças, apoiar e cooperar tecnicamente com a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), e principalmente realizar o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de educação implementadas (MACÊDO, 2010).

Outra estratégia adotada pelo DEGES/MS, para a mudança da formação profissional, foi a instituição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Portaria nº 2.101/05 **MS**. O objetivo era a integração ensino-serviço, com o intuito de reorientar a formação profissional, aproximando a formação na graduação às necessidades da atenção básica, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica e contribuindo para as transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Desta forma, o Pró-Saúde contemplou os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, Medicina, Enfermagem e Odontologia (BRASIL, 2005).

Para o processo de reorientação da formação deveriam ser estabelecidos mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção, à integração da rede pública de serviços e à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente. Também deveria ser incorporada, além da abordagem integral do processo saúde-doença, a promoção da saúde e os sistemas de referência e contra-referência, com a ampliação da duração da prática educacional na rede pública de serviços. Nesta perspectiva, a essência do Pró-Saúde é a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (BRASIL, 2007).

O investimento no desenvolvimento da reorientação da formação profissional para a saúde desde a graduação nos municípios que aderiram a proposta do Pró-Saúde (Portaria nº 2101/05) pode contribuir para a construção da mudança de posicionamento de estudantes,

discentes, instituições de ensino, profissionais e gestores necessária para a superação de uma formação biologizante, centrada em procedimentos e descontextualizada (MACÊDO, 2008).

O que se busca com a implantação deste programa é a intervenção no processo formativo para que o deslocamento no eixo da formação, para uma ainda centrada na assistência individual em unidades especializadas, para uma formação voltada para as necessidades sociais, econômicas e culturais da população em todos os níveis do sistema. O programa aponta também a necessidade de reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da Saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção (PADILHA, 2005).

Em 2008, foi editada a Portaria interministerial nº 1.802 de 2008 que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), para o fomento a grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS. Caracteriza-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço e iniciação ao trabalho, dirigido aos profissionais e aos estudantes da área da saúde de acordo com as necessidades do SUS (MACÊDO, 2008).

No ano de 2009 foi instituída a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados ao SUS (Portaria nº 2.970/09), o RET-SUS, com o objetivo de compartilhar conhecimentos, difundir metodologias e recursos tecnológicos para as atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS (MACÊDO, 2008).

Com o objetivo de consolidar as mudanças provocadas pelo Pró-Saúde e, devido a decorrente necessidade de estimular a formação de docentes com um perfil, mais adequado às necessidades do SUS, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde). Um programa que incentiva a integração ensino-serviço, estimulando os profissionais da Atenção Básica a orientarem os estudantes de graduação, a partir de grupos de aprendizagem tutorial. Caracteriza-se como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes de graduação, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2008).

O PET-Saúde oferece bolsas para estudantes de graduação, professores das Instituições de Ensino Superior e profissionais pertencentes às equipes da ESF que realizem orientação (preceptoria) aos alunos. Para que os incentivos sejam repassados, é necessária a

proporção de um tutor acadêmico para seis preceptores e doze estudantes monitores (BRASIL, 2008).

Com o objetivo de favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica foi instituído o Programa Nacional de Apoio a Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA) através da Portaria interministerial nº 1.001 de 2009. Esse programa, levará em consideração as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS e para sua implementação será ampliado o número de vagas na modalidade de Residência Médica; instituído novos programas nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde e realização de cooperação técnica e apoio matricial por instituições com experiência na implementação de políticas públicas e Programas de Residência Médica (PRM), selecionadas pelo MEC e pela SGTES/MS, para participar como parceiras do programa Pró-Residência (BRASIL, 2009).

O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) objetiva incentivar os profissionais que compõe as equipes da Atenção Básica (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), a atuarem, mediante processo seletivo, em municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas. O programa busca também a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. Ao MS cabe a seleção, a coordenação do processo de supervisão, o financiamento e a instalação dos Núcleos de Telessaúde nas unidades de saúde. As instituições de ensino superior a tutoria e apoio presencial e a distância (através do Telessaúde) para os profissionais. E, aos municípios, contratação (regimes celetista ou contratação temporária) observando as diretrizes nacionais para a desprecarização do trabalho em saúde (BRASIL, 2011).

A criação do DEGES/MS traz como principal marca a intenção de relacionar Educação e Trabalho em Saúde, ou seja de promover a Educação em Serviço, que ganha o estatuto de política pública governamental, e é escolhida enquanto um recurso estratégico para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, requerendo mudanças na organização e na atenção dos serviços de saúde. Nesse sentido, é que a educação em serviço se baseia na Educação Permanente, que propõe que os processos de formação e de capacitação dos trabalhadores da saúde ocorram a partir da problematização do seu processo de trabalho (BRASIL, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O Ministério da Saúde com a criação do DEGES colocou como desafio para os profissionais que atuam na condução das estruturas de gestão dos trabalhadores da saúde a

responsabilidade, além da gestão da vida funcional de seus servidores, pelos processos de formação e desenvolvimento profissional, que denominou de Gestão da Educação na Saúde.

A Gestão da Educação na Saúde fundamentada nos princípios da Educação Permanente, não separa os processos de formação, de atenção à saúde, de gestão dos serviços de saúde e de participação ou controle social. Essa fundamentação ampliou o número de atores com que os responsáveis pela gestão da educação na saúde passam a ter que se relacionar, exige mecanismos de gestão participativa e o entendimento do que significa um embasamento na Educação Permanente.

O conteúdo propositivo da política faz uso de concepções pedagógicas que foi utilizada inicialmente pelos cursos de graduação de medicina e posteriormente na graduação de enfermagem, mas ainda pouco conhecida nas demais graduações da área da saúde e, conseqüentemente, pelos profissionais que integram as estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O conhecimento e a compreensão do conteúdo propositivo dessa política são fundamentais para que a mesma possa ser implementada.

A Educação permanente se baseia no pressuposto da aprendizagem significativa o que implica dizer que, a aprendizagem ocorre a partir de um duplo movimento de continuidade e de ruptura.

O estudante deve analisar criticamente a partir de seus conteúdos prévios, e em seguida deve ultrapassar e ou romper aqueles conceitos iniciais tendo como resultado a ampliação do seu conhecimento (Mitre, 2008 Apud Ausubel; Novak; Hanesian, 1978). Na concepção dessa política, os processos de aprendizagem devem ocorrer tanto com os estudantes que estão em formação (nível superior e técnico), como com os profissionais que já estão inseridos na rede assistencial.

Nessa perspectiva, a Educação Permanente propõe que os processos de formação dos trabalhadores da saúde deixem de ser concebidos apenas pelo caminho do acúmulo de informações através de capacitações, cursos e especializações, para uma posterior aplicação na prática. A produção de conhecimento também pode ocorrer a partir do movimento de teorizar sobre a prática e assim teríamos uma educação que pensa o trabalho. Ao integrar a educação aplicada ao trabalho e a educação que pensa o trabalho, a Educação Permanente permite que ocorra uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão, e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem, de docência, de enfrentamento criativo das situações de saúde e do trabalho em equipe (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

A política de gestão da educação na saúde apresenta-se como um fenômeno complexo, cuja análise do seu processo de implementação tem sido pouco abordado pelas pesquisas acadêmicas. O percurso metodológico selecionado como o mais adequado para responder a pergunta norteadora dessa pesquisa, bem como aos seus objetivos, foi o estudo de caso.

O estudo de caso é um tipo de delineamento de pesquisa que se propõe a investigar um fenômeno contemporâneo, no contexto da vida real e que, por isso, deve estar ocorrendo no mesmo momento em que a pesquisa está sendo realizada sem, contudo, desconsiderar o contexto histórico no qual o mesmo está inserido e é determinado (GIL, 2009).

A escolha por esse tipo de delineamento de pesquisa implica a observação de princípios e regras, assim como, seguir uma série de etapas que envolvem a formulação e delimitação do problema, seleção da amostra, escolha dos procedimentos de coleta, análise e interpretação dos dados. Esse enquadramento confere ao estudo de caso a abrangência e o rigor necessário à produção de conhecimento científico, contudo pode ser considerado também um estudo flexível, na medida em que o pesquisador é livre para definir os procedimentos para a coleta de dados ou mesmo, alterar o roteiro da entrevista durante essa coleta. As etapas não são, portanto, estabelecidas previamente, assim como o número de variáveis não é restringido, permitindo que essas sejam definidas ao longo do desenvolvimento da pesquisa (GIL, 2009; YIN, 2010).

Segundo Gil (2009), outra característica do estudo de caso é a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados (como a observação, a análise documental, a entrevista) com o objetivo de garantir a qualidade das informações e dos resultados da pesquisa, permitindo ser complemento para outros desenhos de pesquisa.

Nesse sentido, como abordagem para o estudo de caso em questão: a política de gestão da educação na saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Recife recorreu-se ao referencial teórico da análise de políticas públicas de saúde para nortear a análise da gestão da educação na saúde. Este referencial preconiza a análise de quatro aspectos considerados constitutivos e interdependentes de toda política pública, exercendo assim influências uns sobre os outros: o contexto no qual a política ocorre, o conteúdo propositivo da mesma, os principais atores envolvidos e o processo de implementação.

4.2 Coleta e registro dos dados

As técnicas utilizadas no processo de coleta e registro dos dados nessa pesquisa e compatíveis com o desenho do estudo de caso foram a revisão bibliográfica, a observação de campo, a entrevista semi-estruturada e a análise documental.

A entrevista é uma técnica muito utilizada na coleta de informações no estudo de caso por sua eficiência e flexibilidade na obtenção de dados em profundidade. Essa técnica permite a adaptação às pessoas, sujeitos da pesquisa, às circunstâncias em que são realizadas e o esclarecimento do significado das perguntas que compõem o roteiro da entrevista (GIL, 2009).

Apesar da entrevista ser considerada uma técnica privilegiada nesse tipo de delineamento de pesquisa, os resultados obtidos com as mesmas só têm valor se puderem “ser contrastados com os decorrentes da utilização de outras técnicas, como a observação e análise documental (GIL, 2009).

Segundo Yin (2010), os sujeitos entrevistados, se bem-informados, podem oferecer importantes contribuições e *insights* sobre os assuntos ou eventos que estão sendo estudados ou mesmo sobre a história anterior a essas situações. As entrevistas, apesar de focar eventos comportamentais, devem ser consideradas como “*relatos verbais*”, pois os sujeitos “ao relatarem esses eventos ou explicarem como ocorreram, estão sujeitos aos problemas comuns de parcialidade, má lembrança e articulação pobre ou inexata”, o que reafirma a importância de se corroborar os dados das entrevistas com informações de outras fontes.

A realização das entrevistas podem ser estruturadas de diferentes maneiras, uma delas é a forma semi-estruturada, que a partir de questionamentos estruturados em um roteiro, orienta o processo da entrevista com o objetivo de manter o pesquisador focado na concretização dos objetivos da pesquisa. Esse roteiro é elaborado com base no referencial teórico, utilizado na pesquisa, possibilitando aos entrevistados um campo de reflexão para que estes possam compartilhar suas experiências seguindo uma linha de pensamento própria, sem perder, contudo, o foco principal proposto pelo pesquisador. A partir dessas considerações e utilizando-se do referencial teórico, foi elaborado o roteiro para as entrevistas (Apêndice B e C) (MINAYO, 2008; TRIVINÕS, 1987).

O processo de seleção dos sujeitos que fizeram parte da amostra dessa pesquisa foi determinado em função dos objetivos e se baseou na seleção intencional e representativa, não seguindo critérios estatísticos. O seu poder não depende do seu tamanho e sim da sua

capacidade de apontar para a obtenção de informações com a suficiência e qualidade que permitam o aprofundamento sobre o objeto da pesquisa (NAVARRETE; SILVA, 2007).

Inicialmente, a escolha dos sujeitos que comporiam a amostra dessa pesquisa foi pensada em função da inserção dos mesmos na condução do processo de implementação da Política de Gestão da Educação na Saúde no município de Recife, Pernambuco. Nesse município, a condução é feita pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGGTES) que coordena a gestão descentralizada através das Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP). Estas integram a estrutura administrativa dos seis Distritos Sanitários, compondo a gestão da saúde no município.

Sendo assim, a amostra seria composta de cinco sujeitos inseridos na DGGTES e seis na GOGP, totalizando onze entrevistas. Contudo, durante a realização das mesmas a configuração da amostra foi alterada (Quadro 1) só tendo sido possível a realização de duas entrevista na Diretoria, em função de disponibilidade de agenda, e cinco nas gerências distritais, em função de um dos sujeitos desse grupo não ter aceito participar da pesquisa.

Outro aspecto percebido durante a realização das entrevistas foi a importância de se incluir como sujeito da amostra um representante das instituições de ensino superior que, no processo de implementação dessa política, são considerados parceiros.

Para garantir o sigilo dos sujeitos selecionados para a realização das entrevistas, estas foram codificadas considerando a ordem de sua realização. Receberam assim as seguintes siglas: Entrevista 1 (E1); Entrevista 2 (E 2), e assim por diante.

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa, a análise documental utilizou os documentos produzidos, no período 2003 a 2011, tanto na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como no Conselho Municipal de Saúde do município em questão.

Na SMS, foram analisados documentos de duas diretorias. Da Diretoria Geral de Planejamento e Gestão, foram analisados os Planos Municipais de Saúde (PMS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Na Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGGTES), os organogramas referentes ao período do estudo, portarias e planilhas dos cursos realizados. No Conselho Municipal de Saúde, foram utilizados para análise os Relatórios das Conferências Municipais de Saúde. Era intuito da pesquisa analisar os Planos Anuais de Educação Permanente que, no entanto, não foram disponibilizados pela DGGTES. As planilhas de cursos realizados não puderam ser sistematizadas em quadros com número de cursos, turmas e alunos formados, por referirem-se apenas a anos esporádicos do período estudado e áreas específicas da gestão. As maioria das informações destas repetiam àquelas dos Relatórios Anuais de Gestão.

Quadro 1- Descrição dos sujeitos selecionados para compor a amostra dessa pesquisa

Órgão	Cargo	Nº de sujeitos entrevistados
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGGTES)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diretoria ▪ Gerência ▪ Ex-gerente 	03
Gerência Operacional de Gestão de Pessoas (GOGP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsáveis pelas GOGP ▪ Responsáveis pela integração ensino e serviço na gestão distrital 	05
Instituição de Ensino Superior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Docente de Instituição pública de Ensino Superior 	01
Nº total de sujeitos		09

Fonte: Elaborado pela autora

4.3 Plano de análise dos dados

No estudo de caso, não existem métodos e técnicas específicos para a análise de dados. Geralmente, os procedimentos analíticos empregados provêm da pesquisa qualitativa como a análise fundamentada no referencial teórico e a análise do conteúdo. Essa pesquisa utilizou a análise dos resultados do referencial teórico, através do qual os resultados obtidos empiricamente puderam ser comparados com os resultados obtidos dedutivamente da construção teórica (GIL, 2009).

A investigação qualitativa apresenta como uma de suas características distintivas um desenho flexível e aberto a possíveis alterações, dado que não parte de hipóteses fechadas. Contudo, com o objetivo de nortear o trabalho de campo e conferir uma aproximação estruturada ao objeto de pesquisa, algumas categorias operacionais foram elaboradas, testadas e confirmadas, tendo sido acrescentadas de novas categorias na análise final (MINAYO, 2008; SANTOS, 2007).

A elaboração das categorias operacionais foi embasada no referencial teórico e no conteúdo propositivo da Portaria GM-MS nº 1.996/2007, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). As categorias foram estruturadas considerando as ações de implementação da gestão da educação na saúde, conforme descrição do Quadro 2.

Para a abordagem e tratamento do material das entrevistas optou-se pela metodologia de análise de conteúdo que propõe a organização e sistematização do material proveniente de entrevistas, a partir de diferentes fases, de forma sequenciada. Importante ressaltar que a utilização dessa metodologia possibilita um tratamento adequado aos dados de cunho

qualitativo que fornecem um material verbal rico e complexo. As fases a que esse modelo se refere são: a *pré-análise*, a *exploração do material*, o *tratamento dos resultados* e a *inferência* (BARDIN, 2010).

A *pré-análise* é a fase de organização do material a ser analisado e objetiva determinar a escolha dos documentos mais adequados, enquanto fontes de informação, e que os mesmos condizentes com os objetivos da pesquisa. Neste momento, foi realizada a primeira leitura dos documentos para que as primeiras impressões e orientações possam surgir. Essa leitura é denominada de leitura flutuante. Essa leitura aos poucos foi se tornando mais precisa em função das hipóteses que surgiram e da projeção de teorias sobre o material que está em análise (Bardin, 2010). Esse aprofundamento na leitura gerou a sistematização da análise documental em quadros que objetivaram estabelecer uma integração entre os três tipos de documentos analisados (Relatórios de Conferências, Planos de Saúde e Relatórios de Gestão) com as categorias analíticas previamente estabelecidas para a realização do trabalho de campo.

A fase que se segue refere-se à *codificação* do material analisado. Esta corresponde à transformação dos dados brutos dos textos através de recortes, agregações e enumerações que permitem que as características pertinentes do conteúdo possam ser identificadas. O texto pode ser recortado nas suas ideias constituintes ou em proposições portadoras de significados que podem ser isolados ou recortados. Esses recortes, feitos em função dos objetivos da pesquisa, de uma teoria ou de categorias operacionais, poderão representar as unidades de significação temática, cuja presença, ausência e frequência poderão vir a significar alguma coisa para os objetivos analíticos da pesquisa (BARDIN, 2010).

Sendo assim, a metodologia de análise de conteúdo foi utilizada tanto para a análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas como para os dados provenientes da pesquisa documental. As entrevistas, devidamente gravadas e transcritas, tiveram seu conteúdo explorado, organizado e sistematizado segundo as diferentes fases desse modelo. O mesmo aconteceu aos documentos selecionados como fonte de informação para esta pesquisa e aos dados provenientes da observação de campo, que tiveram seu conteúdo sistematizado e analisado segundo as categorias operacionais desta pesquisa.

O processamento da análise dos dados provenientes da revisão bibliográfica, da análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas e da análise documental possibilitou analisar o processo de implementação da política de gestão da educação na saúde no município de Recife-Pe no período de 2003 a 2011 através da descrição do contexto no qual as ações de implementação da política ocorreram, dando especial atenção a dimensão

setorial (o microcontetxo), do conteúdo propositivo e dos atores envolvidos na implementação.

Quadro 2 - Categorias operacionais previamente estabelecidas (variáveis) considerando como eixo temático as ações de implementação da gestão da educação na saúde

Ações de implementação da gestão da educação na saúde	
Educação permanente própria da SMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Institucional de Educação Permanente elaborado.
Relação com as Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde	Programas de formação (pós-graduação): <ul style="list-style-type: none"> ○ Residência Médica de Família e Comunidade, ○ Residência Multiprofissional em Saúde da Família e ○ Residência em Saúde Coletiva; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas de extensão e pesquisa (PET-Saúde); ▪ Pró-Saúde.
Política específica de estágio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas de estágio para os cursos de graduação na área da saúde (Medicina, Enfermagem, Biologia, Odontologia, Saúde Mental , Nutrição e outros); ▪ Programas de estágio na área administrativa, de comunicação ou de promoção da saúde desenvolvido dentro de alguma política ou programa da SMS (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental).
Relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas de profissionalização dos trabalhadores de nível médio nas áreas de enfermagem e auxiliar administrativo; ▪ Curso Técnico do Agente Comunitário da Saúde (ACS).

Fonte: Elaborado pela autora

4.4 Considerações Éticas (Res. 196/96 CNS)

A presente pesquisa cumpriu todos os procedimentos éticos necessários ao início das atividades que envolvem o trabalho de campo de uma pesquisa. Tais procedimentos são preconizados pela Resolução 196/96, de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde, que institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e as instâncias de sua aplicação, representadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no nível das instituições que realizam a pesquisa.

Seguindo as recomendações descritas anteriormente, o projeto foi protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM aprovado com o número de CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 0004.0.095.000-11. Depois do recebimento da carta de aprovação do CEP foi dado início a análise documental e as entrevistas. Cada sujeito entrevistado fez a leitura e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice).

B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise do contexto em que se desenvolveu a Política de Gestão da Educação na Saúde

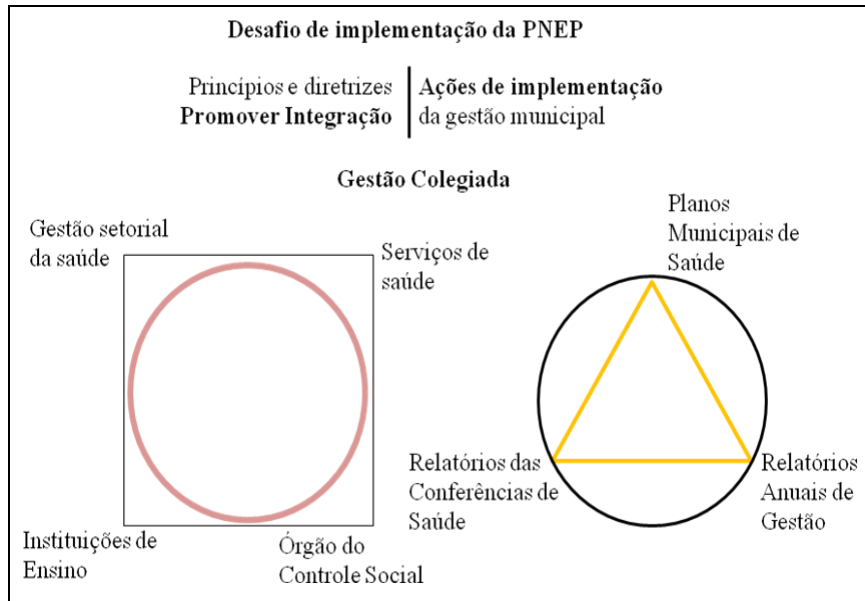
A análise do contexto é de fundamental importância quando se objetiva empreender a análise de uma política de saúde. Os diferentes aspectos e as peculiaridades que compõem a realidade na qual as políticas são formuladas interagem e criam um contexto particular que influencia o processo da política como um todo. Conseqüentemente, empreender a análise do contexto de uma política possibilita tanto a compreensão das suas características, geralmente bastante imbricadas, como uma avaliação da mesma em termos de sua coerência e adequação para produzir impacto positivo no contexto, alcançando os objetivos desejados (ARAÚJO JR; MACIEL FILHO, 2001).

5.1.2 A Política Nacional de Educação na Saúde e o desafio que representa a sua implementação

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a proposta do Deges/MS para a Gestão da Educação na Saúde é atuar para promover a integração entre quatro pilares o que considera como o quadrilátero da formação para a área da saúde, são eles: as estruturas de gestão setorial da saúde (práticas gerenciais e organizacionais da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os serviços de atenção (práticas de atenção à saúde e organização do cuidado) e os órgãos de controle social (Conselhos de saúde, movimentos sociais e educação popular).

Os quatro pilares para a formação foram representados no lado esquerdo da figura 1 e ao lado, as ações que são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde: incentivar a inclusão da temática da Gestão da Educação na Saúde nos espaços das Conferências de Saúde, promovendo o debate e incorporando as proposições resultantes desse processo ao Plano de Saúde do município. Essas responsabilidades foram representadas pelas figuras do triângulo. O dois círculos presentes na figura remetem a forma de gestão proposta pelo conteúdo propositivo da política: a gestão colegiada.

Figura 1. Representação gráfica do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente



Fonte: Elaborado pela autora

Cada pilar da formação tem uma atribuição específica na implementação dessa política assim como um resultado esperado. O pilar da gestão setorial da saúde tem a responsabilidade de ofertar ações e serviços de saúde à população e, portanto tem como desafio a gestão dos serviços de saúde que por sua vez são organizados em equipes multiprofissionais. Os gestores das estruturas de gestão da educação na saúde precisam lidar com diferentes atores como: os profissionais preceptores, os estudantes em formação, os formadores (representantes das instituições de ensino), os usuários e os representantes do controle social.

Os serviços de saúde, por sua vez, além de se constituírem espaços de práticas de atenção e produção de cuidado são também espaços de formação e produção de conhecimento. Nesse sentido, há uma relação indissociável entre a rede assistencial e as instituições de ensino que representando um dos pilares da educação na área da saúde, acumulam a responsabilidade pela formação dos profissionais e promoção de mudanças na orientação dos cursos através da implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde.

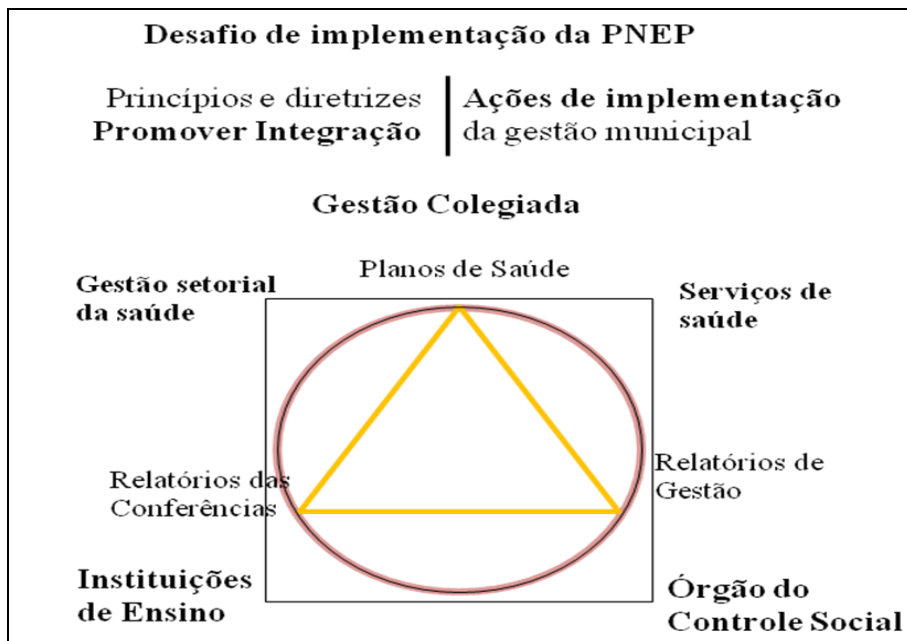
E o pilar do controle social significa, para o no Sistema Único de Saúde, o direito e o dever da comunidade de participar nos processos de formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde através dos espaços colegiados de gestão dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. A participação desses autores também constitui um dos pilares

da formação na área da saúde que precisa ser considerado pelos gestores da gestão da educação na saúde.

Importante ressaltar a existência, em cada um desses pilares, de um conjunto de atores responsáveis pela sua coordenação e operacionalização, tornando essencial a instituição de espaços de gestão compartilhada, representada na figura 1 pelo círculo. Forma de gestão que se constitui uma das diretrizes dessa política e objetiva integrar as ações da Secretaria, das Instituições de Ensino e os órgãos de Controle Social.

Atuar para operacionalizar a gestão desses quatro pilares não é uma tarefa simples e requer da Secretaria de Saúde, através da DGGTES e da gestão descentralizada nos Distritos sanitários, uma forma de gestão participativa que promova a integração entre as intenções de governo e a gestão desses diferentes setores indispensáveis a produção do cuidado na saúde. Integração essa representada pela Figura 2.

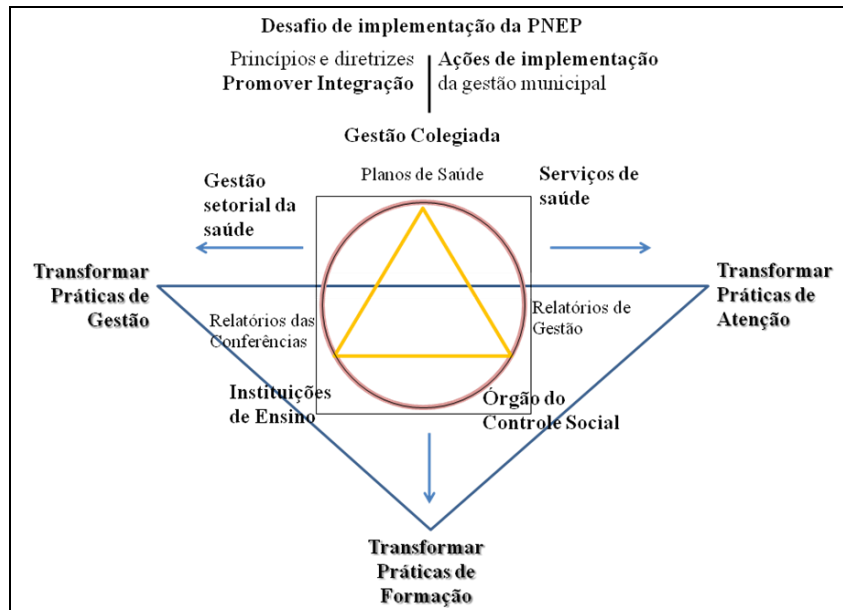
Figura 2. Representação gráfica do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente



Fonte: Elaborado pela autora

Através da implementação Política Nacional de Educação Permanente objetiva-se promover a transformação de três áreas relacionadas aos setores da saúde e da educação: as práticas de gestão, de atenção e de gestão, como podem ser visualizadas na figura 3.

Figura 3. Representação gráfica do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente



Fonte: Elaborado pela autora

5.1.3 Do desenvolvimento de pessoas à Gestão da Educação na Saúde

Desde 2001, o município de Recife começou a realizar mudanças na gestão dos trabalhadores da saúde. Essas mudanças começaram por reformulações na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde e o início da descentralização do gerenciamento de Recursos Humanos (RH) para as gerências distritais, como demonstra o Relatório Anual de Gestão (RAG), ano de vigência 2001 (RECIFE, 2002).

O RAG 2001 descreve também a desvinculação da então chamada Diretoria de Recursos Humanos (DRH) da Diretoria Administrativo-Financeira e de Pessoal. Essa desvinculação lhe confere um *status* de Diretoria Geral, amplia as suas competências e altera a nomenclatura para Diretoria Geral de Desenvolvimento e Administração de Pessoas (DGDAP). Além disso, setores de RH dos Distritos Sanitários passaram ao status de departamento e começaram a ter os seus papéis redefinidos. Essa mudança na estrutura organizacional da Secretaria continuou sendo consolidada no ano seguinte, com a descentralização do atendimento aos servidores para os seis Distritos Sanitários e a reforma da infra-estrutura da recém instituída DGADP (RECIFE, 2002, 2003).

A criação de uma Diretoria voltada exclusivamente para a gestão dos recursos humanos da saúde, dentro de uma perspectiva de gestão descentralizada representou um reconhecimento da importância estratégica da gestão dessa área, bem como uma crítica ao

termo e concepção de RH, embora ainda sob a ótica do Desenvolvimento e Administração de Pessoas. Essa concepção de gestão dos trabalhadores tinha como prioridade a valorização dos mesmos através da regularização dos vínculos e reconhecimento dos direitos trabalhistas, da capacitação e formação voltadas para o desenvolvimento profissional e o ingresso dos trabalhadores através de concurso público e processos seletivos.

Na 5ª Conferência Municipal de Saúde, em 2001, foi aprovada a proposta de “acrescentar nas diretrizes políticas que orientam o Plano Municipal de Saúde o item Recursos Humanos como uma ação programática prioritária refletindo os compromissos sociais”. Outras propostas, relativa a gestão dos trabalhadores, foi no sentido de que os Agentes Comunitários de Saúde fossem reconhecidos e legalizados como profissionais do SUS e que fosse “implementada uma política de Recursos Humanos em que a contratação de novos profissionais ocorresse através de concurso público” (RECIFE, 2001).

É oportuno destacar que, segundo Machado (2006), apesar da especificidade e consequentemente da importância da gestão dos trabalhadores para a saúde, o SUS passou toda a década de 90 sem uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Esse quadro se justificou pela política neoliberal, de flexibilização e racionalização dos recursos daquele período, adotada pelos governos federal, estadual e municipal. A introdução dos recursos humanos como ação programática contida nos registros da 5ª Conferência Municipal de Saúde, em 2001, reflete o começo de pequenos avanços.

O RAG 2001 descreveu a realização de uma seleção pública para a composição das equipes dos Programas de Saúde Ambiental e implementação da Estratégia Saúde da Família, dos Programas de Saúde Mental e Academia da Cidade, e dos serviços de emergências (RECIFE, 2002). Vale salientar que, fruto do descaso com a política de recursos humanos dos anos 90, observou-se a renovação e expansão de profissionais vinculados aos municípios de forma precarizada (MACHADO, 2006).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com um organograma estruturado no Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) para a implementação de uma política voltada para os trabalhadores da saúde e embasada nos princípios da Educação Permanente. A intenção da SGTES, nesse momento, era que essa estrutura organizacional se reproduzisse nas esferas de gestão estadual e municipal (PIERANTONE et al., 2008).

No caso do município de Recife, essa proposta da SGTES começa a ser percebida no organograma da Secretaria de Saúde, assim como na fala de alguns entrevistados, entre os anos de 2005 e 2006.

No que se refere à Diretoria responsável pela gestão dos profissionais, no período de 2006 a 2011, o organograma passa por três reformulações, tanto na forma como essa Diretoria é denominada quanto na sua estrutura como demonstra o Figura 4.

Inicialmente, foi denominada de Diretoria de Gestão do Trabalho (DGT), estruturada em três gerências: uma de Gestão de Pessoas, outra de Relações de Trabalho e a de Desenvolvimento de Pessoas, que se subdividia nos departamentos de Educação Permanente e de Formação Profissional. Apesar da gerência, responsável pela formação profissional, ainda ser denominada de Desenvolvimento de Pessoas, a sua subdivisão indica a presença de uma discussão sobre a temática da Gestão da Educação na Saúde na Secretaria, como relatou um dos entrevistados:

Então, a Secretaria já trabalhava essa questão da formação dos trabalhadores, mas de uma forma ainda limitada. Com a estrutura da SGTES foi que a secretaria teve condições de ampliar [...] (Informação verbal)¹.

[...] na verdade a gente sempre trabalhou na questão enquanto política, embora ela não esteja assim, vamos dizer hoje uma política devidamente consolidada. Mas, ela já tem um caráter de política. O município de Recife hoje tem uma referência de uma política de formação [...] (E1).

Em pesquisa de Pierantoni e Garcia (2012), observou-se que nas SES e SMS das capitais, os órgãos de RH estão com predominância no 3º escalão hierárquico. As exceções foram identificadas na região Nordeste, onde os RH da saúde ocupavam o 2º *staff* das secretárias.

Posteriormente, a Diretoria passa a ser chamada de Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT). As Gerências de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho são unificadas e a Gerência de Desenvolvimento de Pessoas permanece sem alteração. Somente em 2011, nove anos depois da criação da SGTES/MS, o organograma da Diretoria foi modificado para incluir a Educação na Saúde, passando a ser denominada de Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGGTES). Os entrevistados percebem essa mudança na sigla como indicativo de que a Gestão da Educação na Saúde faz parte das responsabilidades da Gestão do Trabalho como demonstra as falas abaixo:

¹ Informação verbal da Entrevista 1 codificada por E 1.

[...] o foco da Diretoria de Gestão do Trabalho mudou então não é mais Diretoria de Gestão do Trabalho era Diretoria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, em Saúde. E aí a DGGT do Recife começou a seguir essa linha também. Então, a gente não faz só a Gestão do Trabalho a gente faz também a gestão do trabalho e da educação na saúde”. (Informação verbal)².

[...] a sigla da própria DGGT mudou, então eu acho que isso também está sinalizando pra gente que agora a gente vai investir mais pra esse lado que grita também, mas que não é tão evidente (Informação verbal)³.

Pelo que se observou no desenvolvimento da estrutura organizacional na SMS em Recife os resultados de PIERANTONI e GARCIA (2012) foram corroborados. No mesmo estudo, foi identificado que algumas SES e SMS seguem a estrutura organizacional proposta pela SGTES/MS.

No que se refere ao organograma da DGGTES, volta a ter três gerências: a de Gestão e Regulação do Trabalho; a de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão do Trabalho e a Gerência de Formação e Educação na Saúde, esta última correspondente à anterior Gerência de Desenvolvimento de Pessoas, que além das gerências de Educação Permanente e de Formação Profissional passa a contar com uma terceira gerência, a Gerência Operacional de Avaliação de Desempenho do Trabalhador da Saúde.

A Gerência de Avaliação de Desempenho “é responsável pelo acompanhamento e gestão do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos, do estágio probatório e da produtividade, atualmente denominada de Adicional por Desempenho do SUS (ADSUS). Essa forma de gerenciar a produtividade inclui o exercício do papel de preceptor na rede assistencial, que terá uma pontuação específica, quando de sua avaliação de desempenho no PCCV e, portanto, para o desenvolvimento de sua carreira dentro da Secretaria, segundo a (E4).

Apesar do município de Recife, em 2011, ter incorporado a estrutura organizacional proposta pela SGETES, esta mudança só foi realizada no Nível Central, não sendo implementada nas Gerências Operacionais dos Distritos Sanitários, junto com o processo de descentralização da gestão dos profissionais da saúde.

O organograma dos Distritos Sanitários apresenta as Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) sem uma subdivisão que expresse os componentes da Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde. Tal situação é expressa na entrevista descrita logo a seguir:

² Informação verbal da Entrevista 3 codificada por E 3.

³ Informação verbal da Entrevista 2 codificada por E 2.

[...] a gente coloca o nome desse nosso setor, que no organograma não existe, mas que a gente coloca como setor de integração ensino-serviço, que a gente até tentou modificar pra *interação* ensino-serviço [...] (Informação verbal)⁴.

[...] eu acho assim, que deva existir como um departamento dentro dos Distritos. Porque é uma coisa que existe efetivamente, mas institucionalmente não. Então eu acho que isso dificulta a governabilidade, entendeu? (E8).

A condução da Gestão da Educação na Saúde é exercida, na maioria dos Distritos Sanitários, por setores externos à GOGP. Em cada Distrito foi designada uma pessoa para se responsabilizar pela integração ensino-serviço, que acumula outras funções, conforme relatos de alguns entrevistados:

[...] então assumi aqui a questão da Assessoria Técnica que, uma das atribuições era a questão da integração do ensino-serviço (Informação verbal)⁵.

Com relação à Residência quem tá articulando mais é a assessora da Diretoria. Não é daqui de dentro [...] (E 2).

[...] eles estão no campo, no território, nos PSF fazendo articulação com a GOAS, com as Coordenações, porque a maioria dos profissionais que passaram na seleção de preceptoría é aqui da GOAS, então ficou esse vínculo (E 2).

Essa necessidade de ter uma definição do espaço da Gestão da Educação na Saúde dentro dos Distritos também surgiu nas falas abaixo:

Então, assim é eu sinto a necessidade que a GOGP diga: é Educação Permanente, tá aqui dentro vamos fazer a coisa dá, legitimar, eu sinto falta disso dentro da instituição, dentro do distrito [...] (E8).

[...] atualmente, quem tá com essa área é uma das Gerentes de Território, que tá acompanhando essa parte de ensino-serviço, mas a gente não tem especificamente hoje (se eu disser a você que eu tenho) uma equipe formada pra cuidar só dessa política, nós não temos, infelizmente [...] (Informação verbal)⁶.

[...] muita coisa é daqui de dentro, de competência nossa e é a gente que tem que ter esse olhar, fica complicado quebrar. Então, tem que ter alguém dentro do departamento que possa tratar junto comigo e a gente caminhar junto, visualizar tanto com Gestão do Trabalho e a Educação [...] (E 2).

As dificuldades identificadas em Recife são comuns a outras capitais, que relatam que os maiores investimentos se concentram nas atribuições tradicionais de administração de

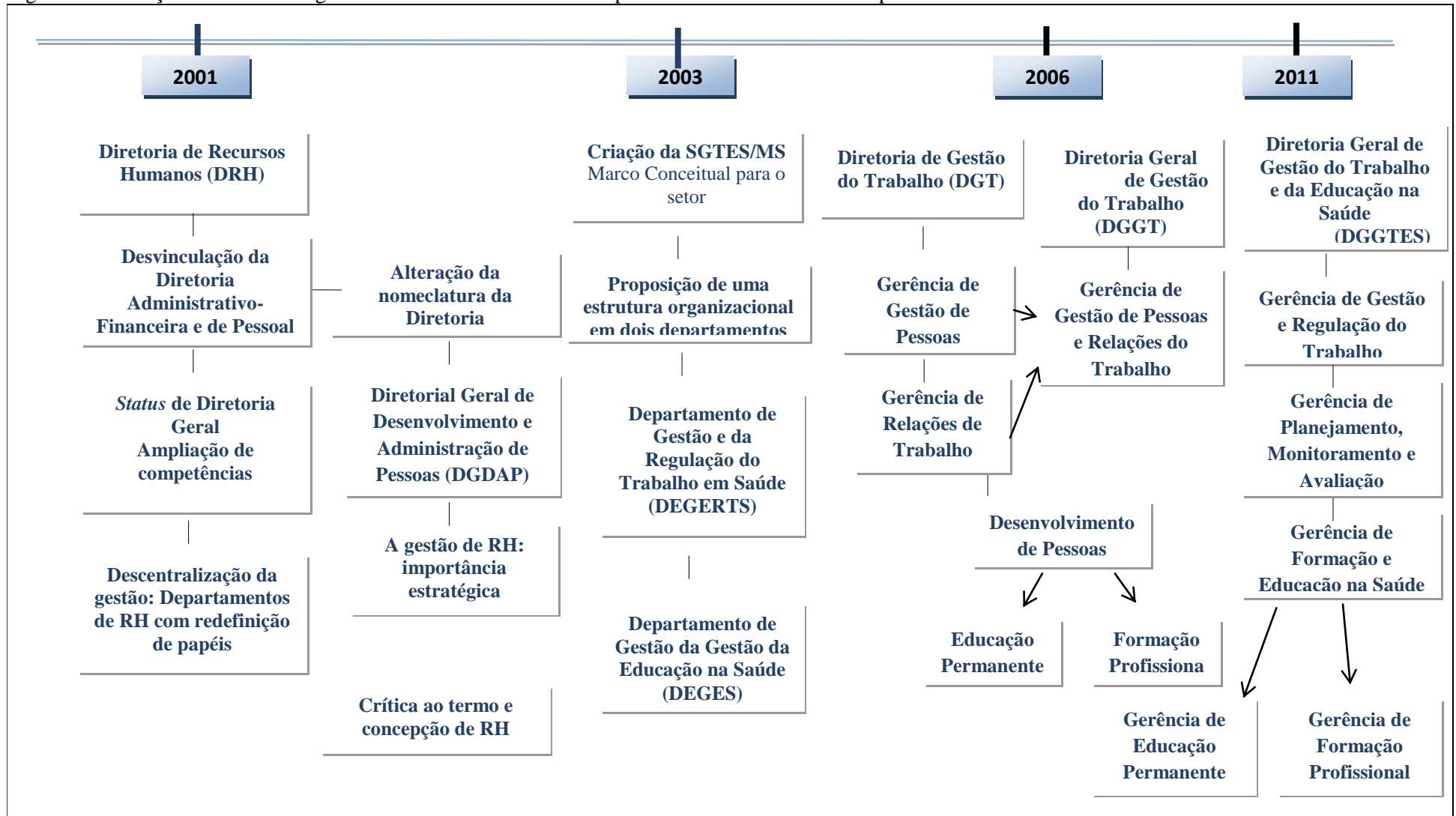
⁴ Informação verbal da Entrevista 8 codificada por E8.

⁵ Informação verbal da Entrevista 5 codificada por E 5.

⁶ Informação verbal da Entrevista 6 codificada por E 6.

peçoal, secundarizando e desconhecendo a relevância da Gestão da Educação na Saúde (PIERANTONI; GARCIA, 2012).

Figura 4. Mudanças na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-Pe no período de 2001 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora

5.2 Análise do processo de implementação da Política de Gestão da Educação na Saúde

A análise do processo de implementação de uma política constitui-se em uma narrativa dinâmica, de modo a permitir o entendimento da sua trajetória como um todo. Abrange o momento de seu surgimento; a forma como o seu conteúdo propositivo foi formulado; as questões relacionadas aos atores envolvidos nesse processo e de que forma estes influenciam a tomada de decisão. Também tem lugar os recursos utilizados para a sua viabilização (recursos materiais, técnico-organizativo, de poder) e a análise do impacto que causou (ARAÚJO JR; MACIEL FILHO, 2001).

Tomando por base essa assertiva, nesse estudo, o processo de implementação da Política de Gestão da Educação na Saúde no município de Recife foi analisado considerando-se: o conteúdo propositivo da política, expressos nos documentos de gestão da Secretaria de Saúde, no conteúdo das entrevistas com os atores responsáveis pela condução da mesma. Assim, a seguir, os resultados apresentados examinam o processo de implementação a partir do conteúdo propositivo, do olhar dos atores, tomando como referência categorias analíticas previamente definidas.

5.2.1 Educação Permanente própria da Secretaria Municipal de Saúde

A análise documental e das entrevistas procurou identificar de que forma a implementação da Gestão da Educação na Saúde na SMS em Recife está em sintonia com a proposta do DEGES/MS.

Na análise documental do Plano Municipal de Saúde (PMS) com período de vigência de 2002 a 2005, a intenção da Secretaria para a formação dos trabalhadores da saúde foi a de “conceber e implantar uma Política de Desenvolvimento de Pessoas para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)”. O foco das ações foi a realização de capacitações, que tinham como objetivo a requalificação profissional e técnica de aproximadamente oito mil profissionais. O processo de municipalização gerou a necessidade de contratação de novos profissionais para viabilizar a implementação das equipes da Estratégia Saúde da Família, dos serviços de emergência e de Saúde Mental, da criação do Programa de Saúde Ambiental (PSA) e do Programa Academia da Cidade (PAC) (RECIFE, 2001b).

Esse Plano Municipal de Saúde incorporou proposições do debate realizado pelo controle social na 5ª Conferência Municipal de Saúde (CMS), em 2001, conforme se observa no Quadro 3

Essa Conferência partilhava da concepção de que os processos de formação na área da saúde deveriam ser realizados através de “capacitação continuada”. Apesar desse foco, essa Conferência também incluiu entre suas proposições o “apoio a reforma curricular de todos os cursos da área de saúde das universidades de Pernambuco” (Recife, 2001). Esse apoio pode ter sido motivado pelo fato da Secretaria já considerar os serviços de saúde como campo de formação para os estudantes da Universidade de Pernambuco (UPE), o que pode ser comprovado pela fala de um dos entrevistados:

[...] a experiência de inserção dos estudantes da UPE ela se deu muito antes de 2001. Já tinha aquela inserção dos estudantes, mas daquela forma pontual, de uma forma sem ser, vamos dizer assim, institucionalizada. Em 2001, com a questão da criação da instituição das diretrizes curriculares então isso fez com que a Secretaria se aproximasse das instituições de ensino [...] (E1).

Na compreensão dessa mesma entrevista, a inserção das duas universidades do município com cursos de medicina, a UPE e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em umas das iniciativas do Ministério da Saúde (MS), anterior a criação da SGTES, para incentivar as mudanças curriculares nos cursos da saúde, que foi o Programa de Incentivo às Mudanças Curricular do Curso de Medicina (PROMED), contribuiu para a Secretaria iniciar a “discussão de como organizar a rede assistencial para receber os estudantes” (E1).

Segundo Oliveira et al. (2008), a formação de profissionais com o perfil adequado às necessidades do SUS, exige dos cursos da área da saúde adaptações na sua abordagem pedagógica, incluindo atividades práticas nos serviços de saúde, durante toda a graduação, promovendo assim a articulação do conhecimento. Em 2002, as 19 das 20 escolas de medicina que foram selecionadas pelo PROMED oficializaram as suas propostas, sinalizando o interesse dessas universidades com a proposta de mudanças.

Apesar das proposições da Secretaria para a formação e desenvolvimento profissional terem se voltado para ações de capacitação, ou seja, tenham se baseado na Educação Continuada, a rede assistencial do município já vinha sendo campo de formação para os profissionais. Isso indica uma abertura para uma concepção pedagógica que considera a experiência do cotidiano do trabalho em saúde como um espaço onde a aprendizagem também ocorre.

Segundo Ribeiro e Motta (1996), Educação Continuada pretende promover a reorganização dos serviços através da atualização de conhecimento teórico, visando o desenvolvimento de competências individuais, reforçando assim a fragmentação da atenção à saúde. A Educação Permanente, ao se basear numa concepção pedagógica que privilegia o

trabalho no processo de formação para a saúde, reconhecendo assim que a aprendizagem também ocorre quando os profissionais são levados a refletir sobre o que acontece no serviço e o que precisa ser transformado.

Se uma informação nos impede de continuarmos a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tensiona nossas implicações com os usuários de nossas ações, ela desencadeou 'educação permanente em saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

A 6ª CMS, realizada em 2003, debateu a Gestão do Trabalho em Saúde, demonstrando ter sido influenciada pelas inovações conceituais propostas pela SGTES/MS, e suas proposições foram além da necessidade de promover capacitações, reafirmando a importância de garantir a rede assistencial como campo de formação para os profissionais ao propor o fortalecimento da articulação entre os Centros Formadores e os serviços de saúde; a criação de Residências em Saúde da Família e de uma Escola de Saúde Pública; e a elaboração de um Plano Diretor de Educação Permanente e do Pólo de Educação Permanente, construído com a representação de gestores, trabalhadores, usuários, intuições formadoras, movimentos sociais e estudantes, conforme se observa no quadro 3 (RECIFE, 2003a).

As capacitações e cursos realizados retratam a maneira como a Política de Gestão da Educação foi sendo implantada pelo município. Nos dois primeiros anos de vigência do PMS 2002-2005, ora em análise, no quadro 4, foram realizadas as capacitações voltadas para a qualificação profissional em função da ampliação da rede assistencial, incluindo um curso para os trabalhadores inseridos na gestão, a “conclusão da etapa teórica do Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS”. Outras ações se referiram a elaboração de um plano de educação continuada e de uma proposta de Treinamento Introdutório para os profissionais recém concursados, além de um Seminário sobre o Pólo de Capacitação (RECIFE, 2003b; 2004).

Nesse período a Secretaria também desenvolveu ações que levou ao avanço na parceria com as instituições de ensino superior (IES) da rede pública para a formação profissional e no fortalecimento dos serviços de saúde enquanto campo de formação. Foi, então, implementado Curso de Especialização em Saúde da Família em parceria com a UPE e a UFPE, com 15 turmas formando médicos, enfermeiros e dentistas, conforme o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2004 (RECIFE, 2005).

Ao mesmo tempo, na sua visão, permitiu que se desse início a estruturação de uma política de formação para o município, como demonstra a falas a seguir:

[...] caráter de realmente estruturar a política. Por quê? Quando ele faz isso com as duas universidades, nesse momento se disputa uma territorialização tanto pra questão da realização do curso como a questão da inserção dos estudantes [...] (E1).

Então, a UFPE, nesse momento ficou com a responsabilidade do curso de especialização para os profissionais do Distrito IV, V e VI. A UPE ficou com os Distritos I, II e III. Isso considerando a proximidade de território, considerando onde está o serviço universitário das instituições no território dos Distritos [...] (E1).

No ano de 2004, a gestão da educação na saúde ganhou corpo com a edição da Portaria nº 198 GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente. Trouxe um aspecto inovador quando passa a defender a condução locorregional, através da conformação de instâncias interinstitucionais, denominadas de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Estes seriam compostos por representantes da gestão (estadual e municipal), das instituições de ensino, de centros formadores (Escolas Técnicas; Escolas de Saúde Pública), dos estudantes, dos trabalhadores e dos movimentos sociais (Brasil, 2004), contemplando os pilares da formação para a área da saúde.

Esses Polos seriam responsáveis por um determinado território e várias funções lhes foram atribuídas, dentre as quais destacamos: “identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores; construir estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão e fortaleçam o controle social; e articular e estimular a transformação das práticas de saúde, de educação na saúde e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola” (BRASIL, 2004).

Como se pode observar, as necessidades de formação, após a instituição da Política de Educação Permanente, deveriam ser identificadas não só pelos gestores. Os profissionais inseridos nos serviços de saúde, usuários e movimentos sociais seriam ouvidos, considerando a sua experiência. Nessa perspectiva, no Recife, a Secretaria realizou “planejamento, em conjunto com Distritos, Diretorias e Coordenações, no qual foram identificadas as necessidades de formação dos Agentes Comunitários de Saúde e profissionais de nível técnico das equipes da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal, objetivando a elaboração de um Programa de Educação Permanente para os mesmos”, conforme descrição no RAG de 2004, contido no quadro 5 (RECIFE, 2005).

Quanto à implantação do Polo de Educação Permanente, o município de Recife e o Estado de Pernambuco não avançaram muito em 2004, segundo o Relatório de Gestão. A Secretaria apenas participava dos fóruns e debates, enquanto representante da I Gerência

Regional de Saúde (I GERES) e sede de polo, no Conselho Gestor provisório (RECIFE, 2005).

Um dos sujeitos entrevistados menciona que, ao processo de instituição dos pólos em Pernambuco faltou “um movimento de politização” de trabalhadores e estudantes:

Os trabalhadores nesse momento foram despolitizados no processo, não entendiam qual era o ganho que, instituindo os Pólos de Educação Permanente, eles teriam para eles, para o controle social. Os estudantes também. Acho que foi uma coisa que faltou: um processo maior de mobilização, politização [...] (E1).

A implantação dos Pólos de Educação Permanente foi uma das proposições no ano seguinte, durante a 7ª CMS de 2005, cujo foco dos debates foi a preparação para a 3ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e 3ª Conferência Nacional Recursos Humanos. Com esse propósito, na 7ª CMS tirou-se como proposição a implantação da Política Nacional de Educação Permanente, em todos os níveis de atenção, conforme a Portaria ministerial nº 198/2004 (Quadro 3).

Para a qualificação profissional, propõe que os processos de aprendizagem ocorram através de uma estrutura matricial que seja capaz de promover articulação entre os níveis do sistema, incluindo a formação no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde (Recife, 2005).

Atuar em estrutura matricial favorece a construção de vínculos terapêuticos entre a equipe e os usuários, na medida em que, permite o deslocamento de saberes, entre generalistas e especialistas, que constituindo-se em uma rede de especialistas que apoiam os trabalhos das equipes de saúde oferecem suporte assistencial e técnico-pedagógico. Contribuindo, assim, para o aumento da resolutividade dos serviços (BRASIL, 2004b).

Quadro Síntese 3. Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período de 2001-2009, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE

<p>Educação Permanente própria da SMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Institucional de EP elaborado. ▪ Inclusão do município nas ações de EP da SES-PE ▪ Pólo de EP de Pernambuco ▪ PNEPS – CIES - PAREPs 	<p>5ª CMS – 2001- GESTÃO DE PESSOAS – Capacitação e requalificação profissional de todos os trabalhadores de saúde</p>
	<p>6ª CMS – 2003 - GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE - Implantar o pólo de EP, construído de forma democrática; Elaborar e implantar o Plano Diretor de Educação Permanente; Criar uma Escola de Saúde Pública no Recife; Criar Residências em Saúde da Família – PSF; Promover formação permanente dos trabalhadores da rede de serviços de saúde, em todos os níveis, garantindo o correto atend. ao usuário; Capacitar os trabalhadores de saúde para a realização de ações educativas individuais e coletivas; Fomentar, avaliar e monitorar capacitações para os trabalhadores da saúde sobre vários temas.</p>
	<p>7ª CMS – 2005 - Proposições para a 3ª. Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Qualificação Profissional e Educação Permanente: Estratégias democráticas para implantação do Pólo de Educação Permanente; Implantar / implementar programas de EP em todos os níveis de atenção; Implantar e implementar a qualificação profissional em estrutura matricial; Definir políticas de formação e inserção de profissionais necessários ao SUS; Propor ao Conselho Estadual de Saúde se posicionar contra a abertura de todos os cursos universitários na área de saúde; Realizar seleção pública para estágios extra-curriculares na rede assistencial.</p>
	<p>8ª CMS – 2007 - Desenvolvimento Profissional/Qualificação Profissional e Educação Permanente: Proposições: Estabelecer estratégias democráticas para a implantação do Pólo de Educação Permanente conforme a portaria ministerial n. 198; Garantir a efetivação do colegiado de gestão da EP e do fórum permanente de integração de ensino e serviço; Incluir a qualificação dos trabalhadores na política de educação permanente. – Elaborar plano de qualificação e formação profissional que contemple todos os níveis de atenção, fundamentado na estratégia de Educação Permanente (EP); descentralizando as ações para o setor RH de cada Distrito Sanitário; Desenvolver, de forma sustentável e permanente, cursos, aperfeiçoamentos – (ASAS, ACS e Agentes Administrativos da saúde); Garantir a participação dos servidores de todos os níveis de escolaridade em intercâmbios, fóruns, congressos; Garantir a continuidade das etapas e titulação do curso de formação técnica dos ACS; Capacitações para todos os profissionais da rede; Capacitar os cuidadores domiciliares e institucionais; Promover cursos de especialização, aperfeiçoamento e outras práticas de EP para os trabalhadores de Saúde Mental e demais trabalhadores da rede.</p>
	<p>9ª CMS – 2009 - Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Rh: Implantação sistemática do Plano Anual de Educação Permanente (PAEP); Construir planos anuais com ações de EP e educação popular em saúde para capacitação dos profissionais de toda rede, articulado ao modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida; Qualificar através de EP os profissionais de saúde e da atenção primária (USF e UT) com foco nas políticas e programas; Implementar a Instrução Normativa de Educação Permanente (INEP); Garantir a qualificação dos profissionais do SAMU, hospitais pediátricos e policlínicas e a violência sexual. estrutura adequada para atenção às crianças vítimas de acidentes; Garantir a todos os profissionais da rede de saúde o espaço e recursos financeiros para participação e realização em eventos e atividades científicas.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

O debate nos espaços de controle social demonstra que o município de Recife estava aberto a implantação da Política de Educação Permanente e a Secretaria de Saúde incorpora esse desejo no seu Plano de Saúde para o próximo período de gestão de 2006 a 2009. O plano pretendia desenvolver “uma política de qualificação, embasada nos princípios da Educação Permanente em Saúde, comprometida com a produção de saberes e a transformação das práticas profissionais, tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH/SUS) (Recife, 2005b), conforme se observa no Quadro 4.

Esse discurso da Secretaria nos leva a pensar numa concordância com uma concepção de formação que integra o conhecimento teórico com a prática de gestão e de atenção e, ao mesmo tempo, sinaliza uma preocupação com a dimensão relacional, essencial para a produção de cuidado e a gestão da rede assistencial.

Para Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, contudo envolve sempre mais de uma dimensão: a dos equipamentos tecnológicos, das normas utilizadas, do conhecimento técnico dos profissionais e a das relações interpessoais estabelecidas no cuidado à saúde. Apesar dessas reflexões terem sido concebidas no campo da assistência a saúde, são fundamentais para se pensar a gestão da educação na saúde, que tem como desafio promover a articulação entre os profissionais da saúde, as instituições de ensino, os estudantes, os usuários e o controle social.

Apesar do Plano Municipal de Saúde 2002-2005 (Quadro 4) ter demonstrado permeabilidade à concepção de formação para a saúde presente na proposta do DEGES/MS, em essência as suas proposições para a qualificação profissional se voltaram para capacitações e cursos para os profissionais, de nível superior e técnico, inseridos nos serviços de saúde.

Também importante salientar que, nessas proposições não foi mencionado nenhum curso direcionado para os profissionais inseridos na gestão do trabalho e da educação e que os Relatórios de Gestão não deixaram claro se a implementação dessas capacitações e cursos utilizaram-se de metodologias de aprendizagem que promovessem a articulação entre os conhecimentos adquiridos e a prática de atenção.

Quando Síntese 4. Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas nos Planos Municipais de Saúde (PMS), período 2002 a 2013, segundo a estrutura do plano e as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

<p>Educação Permanente própria da SMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Institucional de EP elaborado. ▪ Inclusão do município nas ações de EP da SES-PE ▪ Pólo de EP de Pernambuco ▪ PNEPS – CIES - PAREPs 	<p>PMS 2002-2005:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Conceber e implantar uma política de Desenvolvimento de Pessoas para a SMS; — Implementar o processo de formação e educação continuada para os profissionais de PSF e do PACS; — Capacitar e treinar todos os trabalhadores de saúde (requalificação profissional e técnica); Capacitações sobre temas específicos para os profissionais de Nível Técnico (ACS/PACS e ASA); Capacitações sobre temas específicos para os profissionais da atenção especializada. <p>PMS 2006-2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Elaborar plano de qualificação e formação profissional que contemple todos os níveis de atenção, fundamentado na estratégia de EP, comprometida com a produção de saberes e com a transformação de práticas profissionais; — Ampliar e garantir as ações baseadas na estratégia de EP na rede municipal; Garantir qualificação dos profissionais do nível Superior e nível Médio do PSF através dos Cursos de Especialização em Saúde de Família e outras práticas de Educação Permanente; — Garantir o curso introdutório a todos os profissionais novos da atenção básica; Capacitar às equipes da Atenção Básica; Capacitar os os cuidadores domiciliares e institucionais; os profissionais da média complexidade e do SAMU; — Implementar o programa de educação permanente para vigilância à saúde; — Garantir participação dos profissionais em intercâmbios, fóruns, congressos, como forma de aperfeiçoamento profissional, inclusive com incentivo financeiro; — Garantir curso de especialização e/ou aperfeiçoamento para os gestores e gerentes da rede em Gestão de Serviços de Saúde; — Implantar Centros de Educação e Comunicação em Saúde: Construir uma estrutura física para implantação de um Centro de Educação e Comunicação em Saúde em cada DS. <p>PMS 2010-2013:</p> <p>O município firma compromisso com a prática da EP, em contraposição à lógica da capacitação continuada e das ações fragmentadas de capacitação; Propõem-se estratégias que fortaleçam o caráter pedagógico da prática cotidiana, fornecendo os aportes necessários de conhecimento atualizado. Estas estratégias deverão ser construídas de forma integrada regionalmente, a partir da participação do município nos fóruns regionais e estadual de EP; O processo da EP deve estar voltado à qualificação dos profissionais com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Básica, e para o fortalecimento gerencial; Elaboração do Plano Anual de Educação Permanente articulado ao modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida, e que será composto de Planos Distritais de EP e das propostas estratégicas das áreas temáticas; O plano deverá pensar estratégias e critérios para a garantia da participação dos servidores em eventos e atividades científicas de acordo com as normas da Instrução Normativa de Educação Permanente; Instituição e funcionamento do Colegiado de Formação e EP; Implementação da Instrução Normativa de Educação Permanente (INEP); Desenvolvimento do sistema de EAD; Implantação de uma política de incentivo à participação dos servidores em cursos de graduação e pós-graduação; Criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental sediado nos Centros de Atenção Psicossocial construído em parceria com as IES; O Plano Anual de Educação Permanente seja articulado com o Plano Regional de EP (PAREPS).</p>
---	---

Fonte: Elaborado pela autora

A Gestão da Educação na Saúde pede uma forma de implementação participativa. O Colegiado de Formação e Educação Permanente (COFEP) se constitui, portanto, um espaço importante para o município ordenar e propor diretrizes para a Formação e Educação Permanente.

[...] Então, toda e qualquer repactuação da Política de Educação Permanente do município tem que passar por aqui. Ele também co-responsabiliza as universidades no processo de formação dos trabalhadores. Então, no Plano Anual de Educação Permanente que a secretaria de saúde tem que ter, puxado pela DGGT, o COFEP tem participação (E1).

Este espaço prevê a participação de representantes da Secretaria, das instituições de ensino, públicas e privadas, do Controle Social e do movimento estudantil, que passam a ter algumas competências como: elaborar o Plano Anual de Educação Permanente (PAEP), analisar demandas e propostas educacionais tanto da Secretaria como das instituições formadoras; propor políticas de Formação e Educação Permanente; identificar a capacidade instalada da rede assistencial; pactuar as diretrizes para inserção dos estudantes nas mesmas; pactuar as contrapartidas das instituições de ensino para com os serviços; incentivar as reformas curriculares; e avaliar os resultados das ações educacionais (RECIFE, 2009c).

Esse colegiado de gestão está contribuindo também para que o município avance no processo de conformação da rede de saúde, como campo de formação. No momento, conforme relato da entrevista (E4), “o COFEP iniciou a elaboração de um modelo de convênio com o propósito de estabelecer as contrapartidas das instituições de ensino para com a Secretaria, o que não foi estabelecido pelo Grupo de Trabalho em 2007”.

[...] a gente não tem, como a Secretaria Estadual de Saúde tem, o convênio com cada instituição de ensino dizendo quais são as obrigações de cada parte, quais são as contrapartidas [...] (Informação verbal)⁷.

Um dos atores informou também que essa necessidade surgiu em função de “o município estar vivenciando, desde 2007, uma ampliação significativa no número de instituições de ensino na área da saúde que passaram a demandar por campos de prática” (E4).

Na 8ª CMS, como instância de controle social, em 2007, o controle social cobrou novamente a implantação do Pólo de Educação Permanente do Estado, como consta no seu Relatório, cujo processo estava paralisado e que viria a ser revogado pela edição da Portaria ministerial nº 1.996, de agosto de 2007 (RECIFE, 2007).

⁷ Informação verbal da Entrevista4 codificada por E4.

Nessa Conferência enfatizou-se a proposição de garantir a efetivação do Colegiado de Gestão da Educação Permanente e do Fórum Permanente de Integração Ensino e Serviço, com objetivo de que os planos de qualificação profissional, como estratégia de Educação Permanente, fossem viabilizados pelas Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) de cada Distrito Sanitário. Essa proposta, que ainda não tinha aparecido nas intenções da Secretaria, conforme se observa no quadro 3, revela a perspectiva de descentralização e esse plano de qualificação deveria também dar continuidade a formação dos ACS, iniciada em 2006, para garantir a titulação em nível técnico (RECIFE, 2007).

É importante destacar duas ações, relacionadas a Gestão da Educação na saúde, empreendida pelo MS, durante o desenrolar da vigência do Plano de Saúde 2006-2009: a edição do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), entre 2007 e 2008, (que não foi registrado nos Relatórios de Gestão desse período assim como não foi mencionada pelos entrevistados); e a edição da Portaria ministerial nº 1.996 de agosto de 2007 (que revogou a Portaria nº 198/04GM/MS).

Apesar de não haver registro, é importante destacar que no Componente I do ProgeSUS, relativo a estruturação, até dezembro de 2010, a adesão ao programa nos estados e capitais foi de 100%, com destaque para as Regiões Sudeste (36%) e Nordeste (29%), segundo análise feita por Machado; Moysés; Lemos, (2012).

Segundo O'Dwyer (2012), uma nova forma de editar política na área de gestão do trabalho foi iniciada com o ProgeSUS:

Pela primeira vez na história do SUS, recursos específicos foram repassados aos estados e municípios para investimento na estruturação da área. Um conjunto de eventos e calendários foi firmado e contou com a efetiva participação e adesão de trabalhadores e gestores da área.

A Portaria ministerial nº 1.996/2007, relativa à Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, determina novas diretrizes e estratégias para a sua implementação. A condução da política continuará sendo locorregional, mas através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que contarão com a participação de Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço (CIES) (BRASIL, 2007).

Os CGR são instâncias de pactuação permanente compostas por representantes dos gestores municipais de uma determinada região de saúde e dos gestores estaduais da saúde. Esses Colegiados, entre outras atribuições, deverão realizar o planejamento regional para a Educação Permanente na Saúde como subsídio para a elaboração coletiva do Plano de Ação

Regional de Educação Permanente (PAREPS) para a região. Nessa construção coletiva, o Colegiado receberá o apoio técnico das CIES (BRASIL, 2007).

Já as CIES deverão promover articulações entre as esferas de gestão e as instituições formadoras, objetivando o planejamento de ações educacionais para os trabalhadores da saúde embasadas nos princípios da educação permanente e não na oferta pontual de capacitações e cursos. Dentro dessa perspectiva, os PAREPS deverão nortear as ações das CIES, tanto no sentido da construção como da implementação das ações de educação na saúde (BRASIL, 2007).

O município de Recife tem acento nesse espaço de gestão colegiada, a CIES, segundo a entrevista (E4):

A CIES ela demorou um pouco para realmente funcionar mas a primeira Geres teve seu PAREPS aprovado, e em outubro de 2011 foi realizado um curso de formação em análise de projetos para os seus componentes, com o objetivo de preparar para executar o plano (E4).

Os Relatórios de Gestão dos anos de 2007 e 2008 registraram a realização de diversas capacitações, bem como a consolidação do Plano Anual de Educação Permanente (PAEP), a criação da Comissão de Estágio em Saúde Mental, a elaboração da minuta da Norma Operacional da Política de Estágios da Secretaria e a realização de quatro fóruns setoriais, por área temática, com as Instituições de Ensino Superior (IES), envolvendo os cursos de graduação e de ensino técnico, conforme descrito no quadro 5 (RECIFE, 2008; RECIFE, 2009a).

Apesar dos Relatórios de Gestão de 2007 e 2008 registrarem que a Secretaria consolidou o seu PAEP, não se teve acesso aos documentos do período de 2007 e 2010. Quanto ao PAEP do ano de 2011, a justificativa foi de que o mesmo não tinha sido oficializado pela Secretaria.

O mesmo tipo de justificativa foi referida por um dos entrevistados quando o mesmo fez esse tipo de solicitação:

[...] eu perguntei há um ano mais ou menos ao pessoal da DGGT: “eu estou precisando de um plano de educação permanente do município de Recife” aí disseram “não, não tem” “como não tem?” “não tem, não foi oficializado ainda” [...] (E 3).

Quadro Síntese 5. Ações de implementação da gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

<p>Educação Permanente própria da SMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Institucional de EP elaborado. ▪ Inclusão do município nas ações de EP da SES-PE ▪ Pólo de EP de Pernambuco ▪ PNEPS – CIES - PAREPs 	<p>RAG de 2002 - Capacitação dos profissionais em parceria com as coordenações das políticas; Elaborado plano de educação continuada para os profissionais do PSF e ACS; Descentralização do atendimento do servidores do nível central para os Distritos Sanitários (DS).</p>
	<p>AG de 2003 - Contratação de 1.967 profissionais para suprir as necessidades da rede; A política de RH expandiu suas diretrizes com a reforma na estrutura organizacional da Secretaria: a) A Diretoria de Recursos Humanos (DRH), passou a se chamar Diretoria Geral de Desenvolvimento e Administração de Pessoas (DGADP), desvinculando-se da Diretoria Administrativo-Financeira e de Pessoal; b) Assume status de diretoria geral ampliando suas competências; c) Redefinição do papel das Diretorias de RH dos DS.</p>
	<p>RAG de 2004 - Realizado o planejamento para a elaboração do Programa de EP para os ACS, profissionais de nível técnico do Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal. Este foi realizado em conjunto com os DS, Diretorias e Coordenações, das necessidades de formação dos trabalhadores; A DGDAP começa a fazer parte da discussão acerca da representação do município na implementação do Pólo de EP. Este faz parte da Microrregião I e está representado no Conselho Gestor Provisório como município sede do Pólo.</p>
	<p>RAG de 2005 - Ações realizadas: Levantamento das capacitações oferecidas (período jan. 2001 a dez. 2004) e identificado as áreas prioritárias, para a implementação de um Programa de Qualificação Profissional; Curso para qualificação de Agentes de Saúde Ambiental (ASA); Articulação com Centro Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco (CESFET-PE) e NESC/CPqAM para realização de curso de qualificação para os ASA; Articulação com IMIP, FENSG-UPE, FOP-PE e Universidade Cândido Mendes para solicitação de propostas de curso de qualificação para os profissionais de nível técnico do PSF; reunião com o núcleo Gestor para definição das estratégias de realização do Curso de para ACS.</p>
	<p>RAG de 2006 - Realizada capacitações para: 40 técnicos em enfermagem do SAMU; 25 enfermeiros e médicos do SAMU; 32 pessoas em exame físico; 400 ASA - curso de formação técnica; 277 servidores do DS VI sobre Humanização; 150 servidores em aleitamento materno (Médicos, enfermeiros e outros); 05 Farmácias da Família; O Nesc elaborou proposta para curso de formação, solicitado pela DGT, mas o convênio não foi firmado; Elaborada a proposta de EP com previsão para iniciar o processo em 2007.</p>
	<p>RAG de 2007 - Elaborado o Plano de qualificação Profissional; Consolidado do Plano Anual de Educação Permanente; Criado o Colegiado de Formação e Educação Permanente em Saúde.</p>
	<p>RAG de 2008 - Implementado o PAEP 2008; Capacitados: gestores nas áreas de gestão e pós-graduação em parceria com o NESC, a FBV/IMIP e a UPE; trabalhadores de Policlínicas com SPA, pelo SAMU; Participação dos trabalhadores da rede em congressos e eventos científicos; Instituído Colegiado de Formação e Educação Permanente (COFEP) (Realizadas 10 reuniões para construção, diretrizes, normas e regimento do Colegiado); Elaborada normas e diretrizes para participação dos trabalhado nos processos de EP, aguardando publicação em portaria.</p>
<p>RAG 2009 - Instituição do Colegiado de Formação e Educação Permanente (em andamento); Construção e publicação das diretrizes, normas e regimento do COFEP; Consolidação do levantamento das necessidades por áreas temáticas para a elaboração do Plano Anual de EP; Reuniões interinstitucionais para articulação, planejamento e operacionalização do PAEP; Elaboração do PAEP 2009; Capacitados 10% dos trabalhadores da rede na área de gestão; Capacitados 30%trabalhadores da rede (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliar de enfermagem) na área de urgência e emergência; Normatizado e em execução o fluxo de desenvolvimento de projetos de pesquisas e extensão na rede; Utilização dos resultados das pesquisas e extensão na rede para o planejamento das ações dos serviços; Proposta de estruturação do planejamento de ações nos serviços em andamento.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora

Uma das entrevistas deixou clara a forma como o município de Recife vem elaborando o seu Plano Anual de Educação Permanente. “A Secretaria reunia em um único documento todas as propostas de capacitações e cursos das diferentes áreas técnicas, como as coordenações de tuberculose e hanseníase, saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, etc. Esses Planos eram o resultado dessa consolidação” (E4).

Atualmente, essa forma de elaboração está sendo repensada pela Secretaria como expressa a fala a seguir:

“... Só que a gente não fez mais e se discutiu que não era isso que a gente tinha que fazer. Que o plano não é isso. A gente tem que discutir o que é que a rede precisa, o que é que a gente vai propor, o que é que a gente vai conseguir através de parcerias tal e tal. Aí a gente está com a proposta, dentro da educação permanente, de ir nas reuniões de micro, conversar com os trabalhadores sobre as necessidades de educação permanente pra tá planejando os nossos, o que é que os trabalhadores precisam. Aí a gente também tem um entrave financeiro ...” (E4).

Esse entrave financeiro mencionado nessa entrevista aparece novamente como uma das justificativas da dificuldade da Secretaria de elaborar um PAEP, como demonstrado a seguir:

[...] a gente não pode dizer que o plano existe e acontece a risca. Por quê? Porque existem algumas questões que o próprio Ministério é responsável nisso. São os recursos para a questão de educação permanente. Eles vêm pelo Ministério, pela Portaria 1996, certo? Onde, o Estado é quem puxa, através dos PAREPS (E1).

[...] O Ministério abre um edital, principalmente, na vigilância onde entra mais dinheiro, faz um projeto, manda pra lá e é aprovado e entra dinheiro pra Educação Permanente. Então, eu não gosto dessa palavra capacitação, as formações elas acontecem de forma fragmentadas, pontuais [...] (E1).

Na pesquisa de Pierantoni e Garcia (2012), a liberação de recursos também foi apontada como uma das principais dificuldades para consolidação das atividades que envolvem a educação permanente na saúde entre municípios das capitais e SES.

Em 2009, a Secretaria não conseguiu elaborar o PAEP e as ações relacionadas a essa construção permaneceram na consolidação das necessidades de formação do município, por áreas temáticas, como subsídio para a elaboração do mesmo. O RAG 2009 (quadro 5) descreveu novamente a realização de capacitações versando sobre as temáticas de gestão, urgência e emergência e a normatização do fluxo de desenvolvimento de projetos de pesquisas e extensão na rede municipal de saúde, bem como a utilização dos resultados dessas pesquisas para o planejamento das ações nos serviços (RECIFE, 2010).

No último ano de vigência do PMS 2006-2009, no qual se realizou a 9ª Conferência Municipal de Saúde, o debate em torno da Gestão da Educação na Saúde trouxe a proposição de que os Planos Anuais de Educação Permanente (PAEP) fossem elaborados junto com os

Planos Distritais, inclusive com a criação de instrumentos de monitoramento e avaliação dessas ações, conforme descrição do quadro 4 (RECIFE, 2009).

A qualificação dos profissionais também foi incluída nesse debate e deveria ser realizada através da EP, do incentivo à participação dos servidores em cursos de graduação e pós-graduação e da implementação da Instrução Normativa de Educação Permanente (INEP). Outra proposição foi a captação de recursos financeiros, junto a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e ao Ministério da Saúde, para garantir a Política de Educação Permanente (RECIFE, 2009).

No ano de 2009, também foi consolidado o PMS 2010-2013 que propõe a “reformulação do modelo de atenção, da prestação de serviços e dos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho”. O novo modelo de atenção, denominado de “Recife em Defesa da Vida”, apresentou a intenção de “superar a fragmentação do processo de trabalho, melhorar a interação entre as equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção” (RECIFE, 2009b).

As entrevistas mencionaram que esse modelo de atenção está em sintonia com o conteúdo propositivo da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), como demonstra a fala a seguir:

[...] em 2009, quando entra a gestão que traz o modelo “Recife em defesa da vida”, então as diretrizes, os modelos, tudo casa nessa política de educação permanente. Na verdade, a educação permanente é uma das diretrizes do modelo [...] (E1).

Outro aspecto trazido por esse Plano é que o mesmo se compromete com a “prática da Educação Permanente (EP), em contraposição à lógica de capacitação e treinamento realizado de forma fragmentada”, através também da “participação em fóruns regionais e estadual de EP; do fortalecimento das relações interinstitucionais; do desenvolvimento de uma política de integração ensino e serviço, aproveitando o “capital intelectual e tecnológico presentes nas Universidades, Centros Formadores e de Pesquisa”; e de estratégias de Avaliação de Desempenho dos Servidores, articulada com a qualificação profissional” (RECIFE, 2009b).

Esse compromisso com a prática da Educação Permanente é compreendido por um dos entrevistados como sendo transversal ao novo modelo de atenção proposto para o município, como demonstra a fala a seguir:

[...] o próprio Modelo de Atenção e Gestão Recife em Defesa da Vida ele trata a Educação Permanente como algo transversal e entende que o próprio trabalho em saúde ele é formador de sujeitos. O que é que precisa para ele ser formador de sujeitos? Você instituir espaços de co-gestão e de análise desse fazer. Então o que é

que se tornou também dispositivo de educação permanente? A implantação do apoio matricial [...] (Informação verbal)⁸.

Outra intenção desse Plano Municipal é promover reformulações nos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho através de algumas diretrizes como acolhimento e clínica ampliada. Estas seriam desenvolvidas a partir da utilização de recursos como o apoio matricial; a construção de protocolos clínicos e projetos terapêuticos singulares e a Educação em Saúde. Outro recurso seria através da utilização de espaços de gestão colegiada e com a presença de Apoiadores Institucionais. Os espaços seriam “colegiados de gestão nos serviços, Conselhos de Saúde, fórum permanente de discussão com a comunidade nos quais poderia ser realizada a contratualização de metas, por unidades e por profissionais”. A ampliação da autonomia dos Distritos Sanitários, através de definição de metas e programação de ações por microrregião, foi citada como outro recurso para promover mudanças nos mecanismos de gestão (RECIFE, 2009b).

A descentralização da gestão da educação na saúde foi mencionada por um dos entrevistados como uma ação essencial para o acompanhamento dessa implementação e foi tema de debate, desde 2007, quando surgiu a necessidade de se instituir um Grupo de Trabalho para organizar a inserção dos estudantes na rede assistencial do município. Segundo essa entrevista, já havia sido proposto que a Gerência Operacional de Gestão de Pessoas pudesse contar com a presença de, no mínimo, dois técnicos de referência para coordenar o processo de Educação Permanente na Saúde, ou um técnico para cada uma das três microrregiões de um Distrito Sanitário. Contudo, o que vem acontecendo é que, “em todas as reuniões em que se discute as questões relacionadas à educação na saúde, se tem a presença de um técnico diferente, dificultando a continuidade dos processos de discussão” (E1). Esse posicionamento é reafirmado por outras falas da mesma entrevista:

[...] Cada Distrito estabelece. Não tem um critério certo. Fica na área de Gestão de Pessoas pra tudo. É uma pessoa só pra tudo, que não dá conta, as questões funcionais tomam conta de tudo, aí essa parte fica relegada, entendeu? [...] (E1).

No município de Recife, as ações relacionadas à gestão da educação na saúde vêm sendo realizadas dentro de uma perspectiva descentralizada como pôde ser observado em quase todas as entrevistas. Segundo uma delas, os programas que fazem parte da política de estágio para o nível médio como os Programas Agente Aprendiz na Saúde e Asinha são conduzidos pela DGGTES com o apoio das gerências operacionais dos Distritos, que

⁸ Informação verbal da Entrevista 7 codificada por E 7.

participam do processo seletivo desses estudantes e se responsabilizam pela inserção dos mesmos em seu território (E4).

O mesmo acontece nos momentos em que a Secretaria realiza cursos de formação e qualificação para os trabalhadores, como o Curso Técnico de ACS que está em andamento. Segundo outra entrevista, cada Distrito é responsável pela operacionalização dessa formação para os trabalhadores de seu território e, para tanto, a Diretoria solicitou que cada Distrito formasse uma equipe composta de uma coordenação pedagógica, que participará da elaboração do conteúdo programático do curso, e outra de logística e apoio de recursos humanos. Além disso, a escolha dos facilitadores que conduzirão as oficinas se fez mediante processo seletivo envolvendo os profissionais inseridos na gestão (E 2).

Pode ser observado que a programação das ações e sua operacionalização vêm realmente sendo compartilhada com os Distritos. Contudo, os gerentes das GOGP não demonstraram ter a compreensão de que são gestores da política de Gestão da Educação na Saúde.

[...] a gente não tem como política. Tem que vir da DGTT. Não sou eu que faço a política, não sou eu que implemento alguma coisa, eu só operacionalizo [...] (E3).

[...] eu gosto do processo, eu acho que o caminho é esse, a gente não tem condição mesmo. Assim, acho que a política tem que vir da DGTT, de verdade, [...] (E3).

Por outro lado, um dos entrevistados cuja função é promover a integração ensino e serviço, ou seja, não acumula funções como a de Assessoria Técnica ou de Gerência de Território, apresentou outra visão sobre o processo de implementação da gestão da educação na saúde. Como demonstra a sua fala a seguir:

[...] eu me sinto muito, na faculdade, enquanto Distrito, enquanto pessoa representando a Educação Permanente pra falar da visão e dos problemas da gente. Eu vejo que a gente tem grande é a gente tem essa oportunidade de propor de se colocar, de contrapor. Então, a partir daí é que você vê que tem peso, não é? E, que, aquilo que você está dizendo é importante e está sendo considerado. Aí, eu me sinto, mais gestora, cada vez mais. Espero que venha melhorar [...] (E8).

A questão da autonomia nas equipes de Gestão do Trabalho foi abordada por Pierantoni e Garcia (2012), que apontam não ter havido avanço expressivo nesse atributo entre elas. Neste contexto, as equipes têm se caracterizando como cumpridor de atividades burocráticas em detrimento das funções estratégicas para tomada de decisão próprias do setor.

Essa forma de operacionalizar as ações através de recursos como o apoio matricial e a presença de apoiadores institucionais nos Distritos, por exemplo, faz parte das diretrizes de

intervenção propostas pela Diretoria Geral de Atenção a Saúde (DGAS) e gerenciada pela Gerência de Atenção Básica (GAB) do município, como demonstra a entrevista a seguir:

[...] a Diretoria de agora ela trabalha com a educação permanente que também não é só a gente que faz, a gente tem outros dispositivos do modelo que fazem essa questão da educação permanente no dia a dia, com mudança de processo de trabalho, com dispositivos que trabalhem a formação das pessoas no cotidiano do trabalho [...] (E7).

[...] é uma diretriz de gestão que a DGAS puxa, e a gente entende e apóia essa forma de fazer [...] (E7).

Segundo a mesma entrevista, “os Distritos também acolhem essas diretrizes e se responsabilizam pela implementação dos dispositivos do acolhimento, do apoio matricial, entre outros. A presença dos apoiadores institucionais está permitindo que as equipes de saúde dialoguem e planejem o seu processo de trabalho” (E7):

[...] essa é uma política que os próprios Distritos se encarregam de..., acolheram como diretriz de gestão, e quem pauta isso são os próprios Distritos. São eles que organizam o Apoio Matricial, a questão da construção do Projeto Terapêutico Singular, as reuniões técnicas de equipe com a presença do Apoio Institucional, que isso é puxado pela GAB [...] (E7).

Em outra entrevista, observa-se a opinião de que “a implantação de recursos como o acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, de apoio matricial deveriam ser realizados através de uma parceria entre a GAB e as GOGP nos Distritos”, como mostra a sequência de falas a seguir:

[...] É que não tá vindo só da DGGT. O processo de matriciamento que é um processo de educação vem da GAB. E é um processo de educação. Agora como é que a gente gestão do trabalho vai pegar isso, você tá entendendo? (E3).

[...] as ações poderiam ser mais integradas. Por exemplo, a Atenção Básica e a GOGP elas têm que trabalhar mais juntas. Então, como é que eu estou fazendo um processo de matriciamento que é educação e a gente da GOGP não tem nada a ver? (E3).

Então, existe um processo de educação na gestão do trabalho? Existe! Só que não tá ligado à gestão de pessoas. O que tá ligado é tudo que vem da DGGT, o que vem da GAB não passa pela gente. Então, as pessoas, por exemplo, os gerentes do Distrito, os Gerentes de Território eles não entendem que tá dentro do processo de educação [...] (E3).

Quanto a formação permanente dos profissionais, as propostas do PMS 2010-2013 foram no sentido de promover a articulação ensino e serviço e de estabelecer “estratégias de estímulo a valorização do servidor” por meio da reformulação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) (RECIFE, 2009b).

As proposições foram direcionadas para a elaboração do PAEP que deveria se voltar para a “qualificação dos profissionais com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Básica e no fortalecimento gerencial”. Nessa perspectiva, deveria estar articulado ao modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida” e ao PAREPS da I Geres, além de levar em consideração os Planos Distritais de Educação Permanente (PDEP) e as propostas das áreas temáticas na perspectiva de promover uma gestão descentralizada (RECIFE, 2009b).

A Educação Permanente na Saúde vem sendo compreendida pela DGGTES, conforme descreve a entrevista (E7), segundo dois componentes: “um que enfoca os profissionais inseridos na rede de atenção e outro que enfoca os profissionais que vão entrar na rede. Para o primeiro componente, do ponto de vista da Educação Permanente, esses trabalhadores podem participar de cursos regulares de educação continuada que combinem aulas expositivas com as temáticas do contexto do trabalho e pode também fazer uso dos dispositivos proposto pelo modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida” como o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, o acolhimento. Os Distritos também podem fazer uso dos espaços de co-gestão como os fóruns distritais por microrregião, na perspectiva de identificar as necessidade de formação e contar com o apoio do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) que veio para fortalecer essa política”.

Ainda segundo a mesma entrevista:

[...] a implantação do modelo ele deu outro peso a questão da gestão de trabalho e da educação permanente. Então, todas as diretrizes e os dispositivos propostos eles tiveram esse objetivo de organização do processo de trabalho, da gente ir de encontro ao modelo biomédico, que é hegemônico, desde a gestão até a atenção...” (E7).

[...] eu posso dizer que não existe uma política específica que a gente tem aqui como referência, mas educação em si ela tomou um outro formato e outro peso depois da implantação do Modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida que traz que [...] (E7).

No que se refere ao segundo componente, relacionado a formação de profissionais que ainda não entraram na rede, segundo a mesma entrevista “o foco se volta para a relação com as instituições de ensino e para a identificação dos profissionais que podem atuar como preceptores nessa formação. Nessa perspectiva, a participação dos estagiários e residentes nesse processo de integração ensino serviço é considerada como uma ferramenta de intervenção que contribui para a formação permanente dos trabalhadores. A mesma importância é dada às instituições de ensino que são consideradas como matriciadoras e apoiadoras da formação permanente” (E7).

Além da elaboração dos Planos de EP, o Plano Municipal propôs também: o desenvolvimento de um sistema de EAD para os técnicos e profissionais de saúde e de uma Instrução Normativa de Educação Permanente (RECIFE, 2009b).

Outra proposição do PMS 2010-2013 abordou a questão da “qualificação dos processos internos de trabalho e os mecanismos de gestão”. Esta se daria através de algumas ações, dentre elas: a reestruturação organizacional das Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) nos Distritos; a produtividade e contratualização de metas, como indutora de processos de trabalho; a prática da avaliação e monitoramento sistemático; a integração das equipes da Vigilância e da Atenção Básica; e a informatização da rede (RECIFE, 2009b).

A reestruturação das GOGP foi uma necessidade apontada nas entrevistas. Em uma delas, a entrevistada identifica que “há uma carência de recursos humanos inseridos na gestão do trabalho e que têm suas atribuições direcionadas prioritariamente para funções operacionais como frequência, cumprimento de horários, afastamento indevido, férias, escuta dos servidores em suas reclamações diárias” (E8). A consequência desse direcionamento das ações, segundo uma das entrevistas, é o pouco envolvimento dos servidores que compõe a equipe na gestão da educação na saúde:

[...] Se essa coisa fosse mais resolvida, essas outras que eu disse desde o início, que é a questão da infra-estrutura, essa questão burocrática toda, eu acredito que o pessoal teria mais tempo, mais condições de se envolver com a coisa mais da Educação Permanente (E8).

[...] assim, a gente não senta enquanto GOGP pra discutir educação permanente não [...] (E8).

No que se refere ao acolhimento das reclamações dos profissionais, em relação a problemas nas relações interpessoais no cotidiano dos serviços, outra entrevista considera que o investimento na Educação Permanente na Saúde teria um papel importante enquanto um instrumento de gestão, como demonstra a fala a seguir:

[...] se tivesse realmente uma educação na saúde que funcionasse, a gente ia amenizar essa dificuldade que a gente ouve aqui [...] (E 2).

Eu não sei se eu to cuidando da Gestão da Educação, mas assim, a leitura que eu faço é que, nesse momento, seria a Gestão do Trabalho, essa escuta é eminentemente dela, mas nela eu visualizo que a resposta está na Educação na Saúde (E 2).

Essa não utilização da gestão da educação na saúde como um instrumento de gestão pode ser compreendida a partir do resultado da pesquisa de Pierantoni e Garcia (2012) na qual ressalta a dependência da gestão da educação na saúde em relação as atribuições da gestão de

RH: “o gestor dessa área não está voltado para política de educação na saúde, mas para gerir os recursos humanos da secretaria, sem que esteja em discussão a questão da educação”.

Os problemas referentes às relações interpessoais foram mencionados nas entrevistas como muito frequente:

Esse tipo de problema tem sido identificado pelas Gerentes de Território ou pela escuta dos profissionais que procuram a Gerência Operacional de Gestão de Pessoas (GOGP). Para responder a essa demanda, os Distritos têm feito articulações com a Escola de Governo para proporcionar a esses profissionais cursos que versem sobre as temáticas de como lidar com o trabalho em equipe, sobre liderança, relações interpessoais, processos de trabalho (E6).

No primeiro ano de vigência desse Plano Municipal, o Relatório de Gestão de 2010 apresentou, como realizadas, as seguintes ações: o PAEP foi elaborado e trabalhado de acordo com as demandas do Relatório da 9ª CMS de 2009; eventos de EP como cursos de atualização, congressos e seminários foram realizados de acordo com a territorialização e em parceria com as IES; o COFEP elaborou o seu regimento interno e sistematizou as diretrizes para a atuação dos Residentes na rede de saúde; e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental foi implantada (RECIFE, 2011).

O RAG de 2010 descreveu também que a DGGT realizou encontros sistemáticos com os Distritos Sanitários, visando o fortalecimento da Política de Formação e Educação Permanente, e que participou da CIES da I Regional de Saúde (I GERES) para implementação da Política de Educação Permanente (RECIFE, 2011).

5.2.2 Evolução da relação da Secretaria Municipal de Saúde com as Instituições de Ensino Superior

Segundo Carvalho; Ceccim (2009), na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social, “reivindicaram novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde e recuperassem a integralidade”.

O conjunto das experiências de integração ensino-serviço foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, ensino e pesquisa em saúde Coletiva, e de criação de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente prevê a participação ativa das Instituições de Ensino Superior (IES) no seu processo de implementação.

Não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O mesmo autor define a integração ensino-serviço como o trabalho pactuado e integrado por estudantes e professores dos cursos da área da saúde, com trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, gestores, visando à qualidade da atenção, individual e coletiva, da formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Dessa forma, abordaremos a seguir como o município de Recife vem se relacionado com essas instituições de ensino, ou seja, como vem ocorrendo a integração ensino e serviço.

Analisando as proposições da Secretaria relacionadas a integração ensino e serviço, observa-se que, apesar da rede de atenção do município de Recife ser campo de prática para os estudantes da área da saúde desde 2001, o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2001-2005 não apresentou nenhuma proposição que incluísse as instituições de ensino superior como parceira na formação dos profissionais da saúde, conforme descrito no Quadro 7. Esse Plano de Saúde inclusive teve como foco a realização de diversas capacitações objetivando, a requalificação profissional e técnica dos trabalhadores da saúde, mas não faz referência a nenhuma instituições de ensino superior (RECIFE, 2001).

A 6ª Conferência Municipal de Saúde em 2003 debateu sobre a transformação dos serviços de saúde em campo de prática para a formação dos profissionais da saúde (ver Quadro 6), assim como a necessidade de se criar Residências em Saúde da Família (RECIFE, 2003).

Do ponto vista das ações efetivamente realizadas, o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2003 não relatou nenhuma ação relacionada à integração ensino serviço. Já em 2004, o RAG registrou o início da parceria com as IES para a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família e do Curso Introdutório para os ACS e demais profissionais da ESF, como pode ser observado no Quadro 8.

No ano seguinte, o RAG 2005 apontou elaboração de uma proposta, junto com as IES, para a realização do 2º Curso de Especialização em Saúde da Família para contemplar novos profissionais; a participação da Secretaria na oficina do Ministério da Saúde para discussão

das estratégias de elaboração do projeto da Residência em Medicina de Família e Comunidade, aprovação do mesmo junto a Comissão Nacional de Residência Médica e a sua implementação (RECIFE, 2006).

Analisando o Plano de Saúde de 2006-2009, observa-se que o mesmo direcionou as suas proposições e metas relacionadas à Gestão da Educação na Saúde para a Formação Profissional. Nesse sentido, propôs implementar uma política de formação e inclusão de estudantes de nível superior, médio e técnico na rede assistencial do município, “na estratégia de Educação Permanente, comprometida com a produção de saberes e com a transformação de práticas profissionais”. A intenção era transformar o serviço em campo de prática de estágios e residências em saúde, e contribuindo para o fortalecimento da integração ensino serviço (RECIFE, 2006), como descrito no Quadro 7.

Outra intenção desse Plano de Saúde era fortalecer a discussão sobre a reforma curricular dos cursos da área da saúde, objetivando promover a sua integração e o “exercício do trabalho interdisciplinar e multiprofissional”, conforme descrito no Quadro 7. Para tanto, foi proposta a criação de um núcleo de Preceptoria em Saúde, constituído pelos profissionais preceptores dos seis Distritos Sanitários, gestores e representantes das Universidades e do Controle Social. Para o exercício dessa função de preceptoria, foi proposto também a qualificação, a Educação Permanente, assim como a certificação retroativa e a remuneração por atividade de ensino para esses profissionais, a ser discutida em mesa de negociação permanente com a participação do controle social. Essas proposições foram descritas, como realizadas, conforme o Relatório de Gestão 2009 descrito logo a seguir (RECIFE, 2006).

No que se refere à relação com as instituições privadas de ensino, o PMS 2006-2009 propôs que o gerenciamento da inserção desses estudantes nos campos de prática, assim como o planejamento dessa inserção, a remuneração específica de seus estudantes e a relação entre professores, estudantes e preceptores fosse de responsabilidade dessas instituições (RECIFE, 2006).

Segundo uma das entrevistas, a partir de 2006, o município de Recife apresentou um aumento na procura de campos de prática na rede assistencial em função da aprovação das Residências de Medicina da Família e Comunidade da Universidade de Pernambuco (UPE) e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e do curso de graduação em medicina da Faculdade de Boa Viagem (FBV), vinculada ao Instituto Materno Infantil (IMIP), uma instituição da rede privada de ensino, cujo projeto pedagógico também atendia às exigências das Diretrizes Curriculares. Os estudantes de medicina da FBV tinham como campo de prática as Unidades de Saúde em que IMIP tinha um contrato de cogestão com a Secretaria de

Saúde. “Como esse campo de prática era insuficiente para essa instituição, a mesma começou a pactuar diretamente com os profissionais de saúde das Unidades de Saúde outros espaços de campo de prática provocando uma inserção desordenada dos estudantes na rede. Esse fato levou a DGGT a reunir essas três instituições de ensino com o objetivo definir a melhor forma de organizar a inserção desses estudantes. Como encaminhamento dessa reunião, foi proposto a criação de um Grupo de Trabalho (GT) de Medicina” (E1).

Esse aumento na procura por campo de estágio pode ser compreendida considerando-se o aumento no número de instituições com cursos na área da saúde a partir da década de 90 e em função de iniciativas do Ministério da Saúde para promover mudanças nos processos de formação para o SUS.

O Ministério da Saúde, antes da instituição da Política de Educação na Saúde, promoveu algumas iniciativas que levaram ao fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e de aproximação entre as instituições formadoras e os serviços, como: os Programas de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), entre outros (BRASIL, 2003).

Segundo Machado (2006), na década de 90, o Governo Federal, seguindo preceitos neoliberais, adotou a política de liberação para abertura de novas instituições de formação universitária na área da saúde que provocou um aumento expressivo no número de novas escolas de saúde no período compreendido entre 1995 e 2002. “Esta é uma questão delicada que precisa equacionar o dilema de ampliação do direito da população à universidade, às reais necessidades de novas escolas de saúde e os efeitos deste *boom*”.

Esse GT de Medicina foi criado, portanto, para propor uma normatização dessa inserção dos estudantes da graduação dos cursos de medicina nos campos de prática da rede assistencial do município. Essa normatização foi necessária não somente em função do aumento no número de instituições de ensino com oferta de curso de medicina, mas também das mudanças desencadeadas pela reforma curricular dos cursos da área da saúde que o município já vinha vivenciado, desde 2001 (RECIFE, 2007).

O Grupo de Trabalho (GT) de Medicina foi instituído através da Portaria nº 105 de maio de 2007, e definiu a participação de representantes da Secretaria de Saúde e das instituições de ensino públicas e privadas, cabendo aos mesmos avaliar a necessidade de campos de prática e fazer proposições. Dessa forma, esse grupo buscou: propor que Unidades de Saúde poderiam receber alunos e quais instituições de ensino estariam vinculadas a cada uma delas; delimitar o número de alunos presentes em cada Unidade e o número de alunos

que cada profissional poderia acompanhar; definir os horários e turnos que deveriam ser disponibilizados para esse acompanhamento; estabelecer o território a que cada instituição de ensino estaria vinculada; estabelecer também as contrapartidas de cada instituição de ensino para com o município no sentido de promover a melhoria da rede de saúde e a qualificação dos profissionais que iriam receber os estudantes (RECIFE, 2007; 2008).

Quadro Síntese 6. Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período de 2001-2009, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE

Relação com as Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a SES e o MS	5ª CMS de 2001 - Apoio a reforma curricular de todos os cursos da área de saúde das universidades de Pernambuco.
	6ª CMS de 2003 - Garantir que os serviços de saúde sejam campo de prática para a formação de profissionais de saúde; Aumentar a articulação entre os serviços de saúde e os centros formadores ; Estimular e articular as reformas curriculares dos cursos de graduação na área de saúde; Aumentar a articulação entre os serviços de saúde e os centros formadores; Estimular e articular as reformas curriculares dos cursos de graduação na área de saúde.
	7ª CMS de 2005 - Criar espaços com participação da gestão e do controle social se configurando em fóruns permanentes com as Instituições de Ensino: Criar espaços com participação da gestão e do controle social se configurando em fóruns permanentes com as IE; -- Incipiente política de educação na saúde: Ampliar a reforma curricular para os demais cursos da área de saúde, adequando-a as necessidades da população e do SUS; -- Falta de integração entre IE e gestão do serviço: Implantar / implementar comissões para discutir sobre a reforma curricular nos cursos de saúde e incentivos governamentais; - Falta de regulamentação dos programas de residência: Regulamentar todas as residências de acordo com o Art. 30 da lei orgânica do SUS (Lei 8080/90), de todas as profissões da área de saúde inclusive a residência médica; -- Formação dos profissionais fora do seu ambiente de trabalho e sem estímulo a interdisciplinaridade: Integrar as residências de saúde multiprofissional.
	8ª CMS de 2007 - Ampliar as parcerias com os órgãos formadores para a capacitação dos profissionais da rede de saúde : 1) Implementar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (SF) 2) Garantir financiamento de bolsas para as Residências Multi. em SF e em cooperação do governo estadual; 3) Instituir a carreira do profissional do SUS tendo como porta de entrada à residência; 4) Implantar a Residência Multiprofissional em Saúde Mental . - Implementar a política de formação e inclusão de estudantes nível superior, médio e técnico no SUS; Garantir a rede SUS como campo de prática e estágios e residências com prioridade para as escolas públicas. Fortalecer a discussão nos diversos fóruns sobre a reforma curricular de todos os cursos da área de saúde , com a participação dos gestores, trabalhadores, instituições de ensino superior, usuários e o controle social, visando à integração dos currículos e o exercício do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.
9ª CMS de 2009 - Ampliação da realização de eventos de EP em parcerias com os órgãos formadores; Fortalecer a intersetorialidade entre as Instituições de Ensino e os Serviços ; - Pactuação de diretrizes para intervir de forma efetiva na consolidação das reformas curriculares. -- Instituir política municipal de residência profissional em saúde a todos os profissionais do SUS, de modo que a mesma: ofereça cursos de atualização e Educação Continuada; desenvolva programas de residência em saúde nas áreas prioritárias de acordo com as necessidades do SUS; Desenvolver sistema de EAD; -- Diante da proposta do MS de ampliação de vagas de Residência Médica e das necessidades atuais do sistema propõe: A ampliação das vagas dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde permitindo a participação de profiss. da rede, e como estratégia de formação para futuros profissionais das ESF; -- A criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental sediado nos CAPS. Este programa visa responder as necessidades de profissionais nos CAPS e deve ser construído em parceria da UFPE com a Rede; - Desenvolvimento de estratégias de reconhecimento das atividades de ensino em serviço na forma de : a) Sist. de Certificação Acadêmica (IES e SMS); b) Participação em Cursos e Atividades Científicas.	

Fonte: Elaborado pela autora

Considerando ainda a mesma entrevista, esta aborda uma questão que não foi debatida pelas outras entrevistas e que diz respeito a sua visão sobre a inserção dos estudantes na rede assistencial. Segundo (E9), “essa presença e que, conseqüentemente, inclui a presença das instituições de ensino no território, deve estar comprometida com o SUS e fundamentalmente com os usuários. Comprometimento que não se refere apenas a formação de pessoas, mas também a produção da saúde através da presença dos estudantes na rede assistencial. Contudo, os profissionais dos serviços e a própria Secretaria ainda não tem essa compreensão” (Informação verbal.⁹)

Exemplificando essa temática, trazida por esta entrevista, com algumas de suas falas, nos temos:

[...] quando diz assim, o interno é ótimo, o interno já pode fazer..., mas o aluno no começo também pode ser ótimo, basta você incorporar isso no processo de trabalho [...] (E9).

“... Mas é também problema nosso que a gente também tem muito pouca gente é, digamos assim, muito poucos professores ainda comprometidos com essa produção da saúde [...] (E9).

Segundo pesquisa de Pierantoni e Garcia (2012), 67% das SES e SMS das capitais pesquisadas estabeleceram cooperação com as instituições de ensino, sendo que as principais formas de cooperação foram para a realização de cursos de especialização (61,4%) e para a conformação de campo de estágio (56,1%).

O Relatório resultante dos GT de Medicina determina que cada Distrito deve ter um trabalhador responsável por promover a relação entre a gestão, as instituições de ensino e o serviço e fazer com que as diretrizes propostas para a inserção dos estudantes na rede aconteçam. Ficou pactuado também que os Distritos fariam com que os profissionais de saúde de seu território conhecessem essas diretrizes pactuadas com a Secretaria, assim como as Universidades informariam os seus departamentos, considerando que a execução dessas pactuações precisa da atuação de todos esses atores. Mas, segundo a entrevista, “o que acontece é que essas informações não chegam na rede de saúde do município como deveria” (E1).

Em 2007, na 8ª CMS, as discussões se voltaram para a ampliação das parcerias entre a Secretaria e as instituições formadoras para a realização da capacitação dos profissionais da rede. A proposta era de que fosse implementada a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com a garantia de financiamento de bolsas e cooperação do governo Estadual; a

⁹ Informação verbal da Entrevista 9 codificada por E 9.

Residência Multiprofissional em Saúde Mental e que a formação conferida pelas Residências passasse a ser um pré-requisito para a carreira do profissional do SUS (RECIFE, 2007).

Quando Síntese 7. Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas nos Planos Municipais de Saúde, período 2002 a 2013, segundo a estrutura do plano e as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

Relação com as Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a SES e o MS	PMS 2001-2005 – Não faz referência a quem irá realizar as capacitações.
	<p>PMS 2006-2009 : Fortalecer a discussão nos diversos fóruns sobre a reforma curricular de todos os cursos da área de saúde com a participação dos gestores, trabalhadores, instituições de ensino superior, usuários e o controle social, visando à integração dos currículos e o exercício do trabalho interdisciplinar e multiprofissional;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular junto com as entidades de ensino e estudantes, política para a formação profissional, enfatizando projeto pedagógico e campos de prática; 2. Garantir a qualificação, certificação retroativa e gratuita com remuneração por atividade de ensino para todos os trabalhadores da rede a ser discutida em mesa de negociação permanente e setorial com a participação do controle social. No caso de alunos da rede privada, esta deve ser responsável por sua remuneração específica; 3. Garantir realização do planejamento prévio com estudantes, preceptores e professores em todas as áreas de inserção dos estudantes no serviço; 4. Criar um núcleo de Preceptoría em Saúde da Cidade do Recife, constituída por profissionais preceptores dos seis DS, gestor e representações das universidades, do CMS e dos outros conselhos de saúde; 5. Garantir, na EP, conteúdos de métodos de ensino/aprendizagem para a função de preceptoría <p>Ampliar as parcerias com os órgãos formadores para a capacitação dos profissionais da rede de saúde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer cooperação técnica para a residência multiprofissional em Saúde da Família e para outros profissionais, segundo a Lei Orgânica do SUS (8080/90 art. 30), e para outros cursos de aperfeiçoamento; 2. Instituir convênios de cooperação técnica com universidades/órgãos financiadores para residência multiprofissional em SM; 3. Ampliar e divulgar o uso da Telesaúde para a EP. <p>Implementar a política de formação e inclusão de estudantes de nível superior, nível médio e nível técnico no contexto do SUS Municipal: Garantir a rede SUS como campo de prática de estágios e residências em saúde, intensificando a articulação do ensino e serviço de forma contínua para avaliação dos estudantes</p>
	PMS 2010-2013 - Outras ações: Síntese: Valorização da relação com órgão formadores e de pesquisa através de pactuação de diretrizes para a consolidação das reformas curriculares; Desenvolvimento de estratégias de reconhecimento das atividades de ensino em serviço; Reformulação da atuação dos residentes na rede de saúde, enfocando o fortalecimento do modelo de atenção; Implantação de uma política de preceptoría.

Fonte: Elaborado pela autora

A plenária da 8ª Conferência também aprovou a implementação de uma política de formação e inclusão de estudantes de nível superior, médio e técnico na rede Municipal, garantindo a rede enquanto campo de prática com prioridade para as escolas públicas; o fortalecimento da discussão sobre a reforma curricular através da criação de um núcleo de preceptoria composto por profissionais, gestores e representantes das universidades, do Conselho Municipal de Saúde e dos outros Conselhos de Saúde, conforme descrito no Quadro 6 (RECIFE, 2007).

Nesse mesmo ano, o Relatório de Gestão descreveu como ações realizadas a construção da proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE e da UPE; e a instituição de dois Grupos de Trabalho, um de Medicina e outro de Enfermagem, com o objetivo de realizar a normatização da integração ensino-serviço. No ano seguinte, o RAG 2008, registrou a normatização do fluxo de prática dos estudantes na rede pública municipal, como mostrado no Quadro 8 (RECIFE, 2008).

A partir de 2008, segundo a entrevista (E1), “o município vivenciou uma ampliação no número de instituições de ensino com curso na área da saúde”, o que mantém a organização da inserção dos estudantes no campo de prática ainda como uma desafio para a DGGT. Na opinião desse entrevistado:

[...] o próprio Ministério, o Estado, se tivesse uma política de educação permanente no estado isso não era pra acontecer. Ou, acontecia de uma forma mais organizada. Porque só pode abrir um curso da área de saúde no município se o gestor do município der um aval dizendo que tem campo de formação para os estudantes (E1).

O Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 de agosto de 2008 para “fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família”. Apresenta como objetivos, dentre outros, estimular a formação de profissionais e docentes, através da integração entre ensino, pesquisa e extensão; contribuir para a formação de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde do País e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (BRASIL, 2008b).

O PET-Saúde oferece bolsa de estudo nas modalidades de iniciação ao trabalho (para estudantes monitores); de tutoria acadêmica (para professores das instituições de ensino superior) e de preceptoria (para profissionais da Estratégia Saúde da Família). Desta maneira, os profissionais são selecionados pelos Distritos e passam a ser responsáveis pela orientação de projetos de pesquisa para um grupo de até doze alunos em conjunto com os professores (tutores) das instituições formadoras inscritas nesse programa (BRASIL, 2008b).

Com estes investimentos no planejamento e na gestão da educação na saúde, é esperada a construção de novos perfis profissionais, em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população, como também o fortalecimento da ESF (HADDAD et al., 2009).

O desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica e a adoção de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (HADDAD et al., 2009).

O fato desses profissionais vinculados ao PET-Saúde receberem uma remuneração tem dificultado que os outros profissionais da equipe aceitem receber estudantes da graduação e da pós-graduação, já que não fazem parte desse programa, não recebendo bolsa, como demonstra algumas falas a seguir:

[...] se é PET então ele que receba aluno, não vou receber, não é obrigação minha (E2).

[...] ele tem o direito de dizer que não quer, embora a gente tenha feito todo um discurso de toda a legislação que tem tido ultimamente pra que isso se dê dentro do SUS e que desde o início já teve nas diretrizes do SUS que esse papel de formação, de formador também é dos profissionais de saúde [...] (E8).

Essas dificuldades enfrentadas para o exercício de preceptoría têm sido recorrente em todo o período, refletindo a dissociação que os profissionais fazem entre ensino e serviço. A formação em serviço é encarada como mais uma tarefa que é transferida pelas IES, contrapondo-se à concepção em que estes profissionais foram formados em anos ou décadas anteriores. É agravada pela estrutura física de algumas unidades de saúde que não comporta os alunos. De toda forma, cabe aprofundar se essa resistência está vinculada à concepção de educação continuada ou ao perfil dos profissionais, que vincula a aprendizagem ao ambiente acadêmico, responsável pela aquisição de conhecimento teórico, através de cursos.

Stroschein e Zocche (2012), analisando experiências de educação permanente em serviços de saúde no Brasil, concluíram que o debruçar-se continuamente sobre as situações problema de cada serviço permite o reconhecimento da complexidade, dinamicidade e necessidades do cotidiano das equipes de saúde e fortalece a necessária ruptura da educação como transmissão, para a educação permanente como estratégia de formação profissional. Reforça também a importância da “superação de ‘velhas práticas’ para a consolidação do

projeto ético-político das equipes, contemplando as políticas públicas, os princípios e as diretrizes do SUS”.

No entendimento do município de Recife, em relação ao PET, segundo a fala de duas entrevistas, parece ter prevalecido a concepção de que todos os profissionais da rede deveriam ter a oportunidade de vivenciar o exercício do papel de preceptoria, através desse programa. Posição que não foi recebida sem resistência pelos profissionais preceptores que participaram da primeira edição do PET. Estes tinham a compreensão de que deveriam participar das novas edições do programa para dar continuidade. Como solução, “o início de uma nova turma desse programa passa por uma reavaliação dos critérios de seleção que é realizada de forma conjunta por representantes do Distrito e dos preceptores dos cursos integrantes do PET (medicina, enfermagem, odontologia)” (E8).

Essa posição foi corroborada por outra entrevista:

[...] Pra você ter uma ideia, no PET-Saúde praticamente, quem quis entrar já entrou médico, dentista e enfermeiro da Atenção Primária, todos já rodaram, já tem gente repetindo, mas pra gente fazer isso do primeiro momento para o segundo momento, foi muito difícil [...] (E9).

Outro desafio relacionado aos profissionais preceptores é o da “pouca valorização da experiência de ensino-aprendizagem possibilitada pelo acompanhamento de um projeto de pesquisa com os estudantes nos serviços. A produção de conhecimento e de titulação tem sido considerada como o valor maior da vivência de preceptoria, tanto para os profissionais preceptores como para os estudantes” (E9).

Na perspectiva das instituições de ensino, o desafio apontado por uma das entrevistas para a implementação do PET foi a “fragilidade no reconhecimento do SUS como campo de formação. Esse processo não ocorreu da mesma maneira entre as faculdades da Universidade de Pernambuco (UPE). A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) deu início o processo para em seguida vir a Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) e a Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP)” (E9).

A integração ensino-serviço, quando acontece de forma efetiva, une docentes, estudantes e profissionais de saúde, com o foco central no usuário, e não provoca a separação entre teoria e prática nos processos de formação para a saúde. Sendo importante “investir na sensibilização dos atores inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem” (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Ao mesmo tempo, o PET, assim como o Pró-Saúde, tem representado um fomento importante do Ministério da Saúde, principalmente com a criação da SGTES, para provocar o

movimento das Instituições de Ensino Superior em relação ao SUS e possibilitar que, aos poucos, os profissionais da Universidade se envolvam com essa integração entre ensino e serviço no SUS. Esse movimento não deixa de ser um processo de adaptação da Universidade em “formar fora da sua casa respeitando a casa do outro” (E9).

O PET envolveu pessoas de ponta do serviço, pessoas de ponta da universidade. Então, eu acho que o PET ele foi um fomento, pra mim, de uma inteligência muito grande. Eu considero a coisa mais inteligente, e o que eu tenho visto lá fora tem sido, em todas as reuniões de avaliação, tem sido isso, muito colocado a possibilidade da aproximação real e concreta das duas instâncias de formação de pessoas [...] (E9).

Para Albuquerque et al (2008), não cabe mais uma relação distanciada entre o ensino e o serviço, mas se faz necessário uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas de atenção e da própria organização do trabalho.

As iniciativas comprometidas com a relevância social da universidade e dos processos de formação na área da saúde têm historicamente procurado articular esses dois contextos, buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (HENRIQUES, 2005 apud ALBUQUERQUE et al, 2008).

Segundo a Entrevista (E9), “O PET vem sendo implementado no município de Recife dentro de uma perspectiva estratégica, na medida em que, tem procurado inserir professores dos diferentes cursos da saúde em cada edição do programa; que tem realizado a discussão sobre a reforma das diretrizes curriculares de forma a que os estudantes tenham acesso as diretrizes dos cinco cursos envolvidos no PET, promovendo uma grande crescimento; e que tem envolvido a gestão nas discussões, desde a escolha do tema a escolha dos participantes”.

Voltando a análise para o Plano de Saúde 2010 a 2013, este afirma a intenção de incluir no Plano Anual de Educação Permanente a valorização da relação com as instituições formadoras e de pesquisa através da pactuação de diretrizes que conduziriam a consolidação das reformas curriculares, ao reconhecimento das atividades de ensino em serviço e a reformulação da atuação dos Residentes na rede de saúde, com enfoque no fortalecimento do modelo de atenção.

Quadro Síntese 8. Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

Relação com as Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a SES e a SMS	RAG de 2002 - Nenhuma ação identificada.
	RAG de 2003 - Nenhuma ação identificada.
	RAG de 2004 - Em desenvolvimento a parceria com a UPE e UFPE para formação de especialistas de nível superior : Acompanhamento dos Cursos de Especialização em Saúde da Família pela UPE e UFPE. Foram realizadas 10 turmas na UPE e 3 na UFPE tendo início em dez de 04 de mais 2 turmas.
	RAG de 2005 - Foi elaborada uma proposta, junto com as IES, para a realização do 2º Cursos de Especialização em Saúde da Família para contemplar novos profissionais, com turmas previstas para o 2º semestre de 2005; Participação na oficina do MS para discussão das estratégias de implementação da Residência em Medicina da Família e Comunidade; e participação em reuniões para elaboração dos projetos para encaminhamento e aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.
	RAG de 2006 - Concluída a proposta de cooperação técnica para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e para outros profissionais, segundo a Lei Orgânica do SUS, e para outros cursos de aperfeiçoamento. Falta implantá-la; Realizado Cursos de Especialização em Saúde da Família (VI CESF/UPE e III CESF/UFPE) para 270 profissionais do PSF.
	RAG de 2007 - Construída a proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE e UPE; Criado dois Grupos de Trabalho (um de medicina e outro de enfermagem) para normatização da integração ensino-serviço ; Elaborado da Minuta da Norma Operacional da Política de Estágios da Secretaria; Criada a comissão de estágio em saúde mental (DGGT, Serviços CAPS/ambulatórios e Coordenações, DS).
RAG de 2008 - Realizado 4 fóruns setoriais por área temática (Graduação e de Ensino Técnico) entre a Secretaria e as IES ; Realizada a normatização do fluxo de prática dos estudantes na rede pública municipal, aguardando sua publicação no Diário Oficial; Realizado o levantamento da distribuição dos estagiários existentes na rede e de novas demandas para ajudar na elaboração do mapa de necessidade de capacit.; Instituído Grupo de Trabalho de integração ensino-serviço do curso de enfermagem e medicina; Realizada a distribuição do campo de estágio para alunos do curso de Odontologia; Elaborada a carta de anuência para o PRÓ-SAÚDE 2008, junto à UFPE; Elaborado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (com a UFPE e URAG de 2009 - Realizado reuniões para articulações interinstitucionais da Política de Formação Profissional e EP da Secretaria: 05 Seminários: 01 com todas as IES (abril); 01 em parceria com a FBV (com a participação de gestores e trabalhadores do nível central e dos DS I, II, IV e VI); 01 em parceira com a UFPE (com a participação de gestores e trabalhadores do nível central e dos Distritos Sanitários IV e V); 01 do PET-Saúde da UPE; 01 com a preceptorial do internato na área de pediatria da UFPE; 02 Oficinas: 01 do PET-Saúde da UFPE; 01 com a FENSG; Implementação das diretrizes emanadas pelo GT de Integração Ensino-serviço de medicina e enfermagem junto aos DS; 04 reuniões de avaliação da integração ensino-serviço com as IES (UFPE, UPE, FBV, Faculdade Maurício de Nassau, Faculdade São Miguel). E 06 reuniões com os DS pela DGGT, complementando processo sistemático de descentralização nos DS de referência. Implantado, de acordo com a disponibilidade dos serviços nos territórios de referência das IES, campos de formação e prática dos demais cursos da área de saúde das IES no território de referência PE) bem como a forma de acompanhamento.	

Fonte: Elaborado pela autora

Essa intenção de valorizar a relação com as instituições formadoras e de pesquisa foi alvo de crítica em uma das entrevistas. Na compreensão desse entrevistado, “a Secretaria vem centralizando a condução da gestão da educação na saúde no município tornando difícil que as ações pensadas para interferir na organização dos processos de trabalho consigam realmente chegar ao território” (E9). Outros trechos da entrevista deixa mais claro a compreensão dessa entrevistada:

“Hoje, não se integra no Distrito, o Distrito hoje não tem poder nenhum, houve uma centralização muito grande do poder nessa Gestão atual” (E9).

“... Não consegue interagir, não consegue trabalhar, aí as coisas não chegam na ponta. Então, hoje você tem muito mais recursos do que você tinha antigamente, muito mais recurso de pessoas. Então, ele tem o NASF, eles têm o NAP, eles têm o não sei o que, o Apoiador Institucional, eles têm o Consultório de Rua, eles têm... Sabe? E, a coisa não opera, não acontece, porque a Gestão não está lá, a Gestão está cá, no nível central...” (E9).

Finalizando as intenções do PMS 2010-2013 relativas a gestão da educação na saúde temos a seguintes proposições: implantar uma política de preceptoría e uma Política Municipal de Estágios que possibilite o gerenciamento dos mesmos e dos campos de prática nos serviços; e de criar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental sediado nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da rede municipal, construído em parceria com as Instituições de Ensino Superior (RECIFE, 2009).

Apesar das críticas feitas por essa entrevista na avaliação final que faz da condução da gestão da educação na saúde no município é a de que: “... Agora, apesar de tudo isso, Recife, aqui no Estado, é o único município que tem uma organização pra formação de pessoas, entendeu? É o único” (E9).

5.2.3 Política específica de estágio

No município de Recife, a política de estágio para os profissionais que cursam o ensino médio e os que estão na graduação na área da saúde foi mencionada pela primeira vez no Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2003, quando se refere ao início da discussão sobre o projeto de estágio para o ensino médio, vinculando-os ao Programa de Saúde Ambiental (PSA) e agentes administrativos na lógica do primeiro emprego, e a elaboração do anteprojeto da Política de estágio, conforme Quadro 9 (RECIFE, 2001, 2001b, 2003, 2004).

No ano seguinte, o Relatório de Gestão de 2004, apontou a implantação do Programa Asinha, vinculado ao Programa Agente da Saúde (PSA) e o início da execução do Projeto

VER SUS, cujo objetivo era possibilitar que os estagiários pudessem vivenciar a realidade do SUS. Seu planejamento considerou os Distritos Sanitários e suas realidades sanitárias (RECIFE, 2005).

A política de estágio no município se torna debate em 2005 na 7ª CMS. No relatório desta Conferência foram aprovadas as seguintes propostas: a criação de modelos de estágio que contemplassem todos os cursos da saúde de forma interdisciplinar; o estabelecimento de critérios para bolsa de estágio extra-curricular através da articulação entre a Secretaria e as instituições de ensino superior; implantar uma gestão compartilhada entre a Secretaria e as instituições de ensino superior para gerir a inserção e fazer o acompanhamento dos estagiários na rede assistencial sem desconsiderar os pilares da formação universitária: ensino, pesquisa e extensão; e ampliar a oferta de estágio para nível técnico e superior (RECIFE, 2005).

O município de Recife iniciou a discussão relativa aos estágios curriculares não obrigatórios remunerados em 2004. O entendimento da Secretaria foi o de que esses estudantes não poderiam ser direcionados para campos de formação como o laboratório municipal, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), e as policlínicas. Estes deveriam ser prioritariamente ponto de formação para os estágios curriculares obrigatórios que não são remunerados. Os estágios remunerados são encaminhados pela DGGTES para as áreas de gestão e das políticas específicas como as da Atenção à Saúde do Idoso (E 1; E4).

No RAG de 2005, último ano de vigência do PMS 2002-2005, foi dada continuidade a implementação do Projeto Asinha através da redefinição das atividades de estágio e treinamento na área de Vigilância Ambiental desses estagiários, assim como, elaborado os instrumentos de acompanhamento e avaliação de estágio. O Projeto Agente Aprendiz na Saúde foi implementado e, para os estagiários deste projeto, foi solicitado uma proposta pedagógica e orçamentária de Curso para Auxiliar Administrativo ao Centro de Integração Empresa Escola (CIEE) (RECIFE, 2006).

No ano seguinte, ano de construção do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, nenhuma das proposições, aprovadas na 7ª Conferência, foi incorporada ao Plano (ver Quadro Síntese 8). No período de vigência desse Plano os Relatórios de Gestão mencionaram apenas a realização de uma seleção pública para estágio em 2008. No ano seguinte, ano da 9ª CMS, foi aprovada a proposição de elaborar uma Política Municipal de Estágios no SUS possibilitando ao município o gerenciamento dos campos de estágio e a participação nos processos pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação respeitando a autonomia das instituições de ensino superior (RECIFE, 2006, 2009a, 2009).

O Plano de Saúde 2010-2013 incorpora as proposições da 9ª CMS de implantação uma Política Municipal de Estágios no SUS para gerenciar os campos de práticas na rede assistencial “assegurando a qualidade do atendimento e a autonomia do usuário” (ver Quadro Síntese 7). Com relação as ações realizadas o RAG 2010 apontou o início da discussão sobre a revisão do Decreto que regulamenta o Estágio Curricular Obrigatório para adequá-lo à lei de estágio vigente, as Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde e a realidade cotidiana dos serviços. (RECIFE, 2010, 2011).

Atualmente o município mantém a implementação dos Programas Asinha e Agente Aprendiz na Saúde. O primeiro programa foi criado a partir de uma necessidade da Vigilância Ambiental para realizar atividades educativas nas comunidades, nas escolas e nos eventos anuais do calendário da Secretaria. A atuação desses estudantes de nível médio da rede públicas de ensino é de responsabilidade das coordenações da Vigilância Ambiental e da Educação em Saúde dos Distritos Sanitários e, portanto sem nenhuma interface com as Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) (E 2; E3; E6; E8).

Duas entrevistas mencionaram a importância de que as ações realizadas pelo Programa Asinha estivessem mais articuladas entre as coordenações da Vigilância Ambiental, da Educação na Saúde e a Gestão da Educação na Saúde, evitando que ações semelhantes sejam realizadas no território e buscado fazer parecerias (E3; E8).

A busca por uma articulação maior entre as coordenação e o Programa Asinha foi iniciada, em um dos Distritos, com a promoção de uma discussão coletiva na qual os responsáveis pelas coordenações da Educação em Saúde, da Vigilância Ambiental e da integração serviço, que decidiram capacitar esses estudantes nos assuntos que mais eles trabalham na comunidade. Assim, eles receberam aulas sobre os agravos a saúde, sobre a reciclagem de lixo e a Educação em Saúde procurou viabilizar curso de pintura e teatro de bonecos. Esse aprendizado possibilitou a construção de uma apresentação que os Asinhas compartilharam com várias comunidades e que foi apresentada também na Mostra de Saúde do município em 2010 (E8).

O Programa Agente Aprendiz na Saúde também está voltado para o ensino médio com o objetivo de oportunizar a vivência do primeiro emprego através do desenvolvimento de atividades administrativas na sede dos Distritos, ou seja, não podem ser inserido na rede assistencial. Estão sob coordenação dos gerentes das GOGP dos Distritos e o trabalho que desenvolvem é muito bem aceito pela equipe (E 2; E3; E6).

O processo seletivo desses dois programas, realizado pela DGGTES em conjunto com as gerências operacionais dos Distritos, procura identificar candidatos com perfil adequado

para a experiência de estágio em atividades educativas (Programa Asinha) ou administrativas (Programa Agente Aprendiz). Para isso a seleção inclui uma prova escrita e uma dinâmica de grupo que ajuda o próprio estagiário identificar em qual dos dois programas sente maior identificação e desejo de estagiar (E4).

Em 2010 a DGGTES realizou um seminário de avaliação desses dois programas que resultou na construção de um modelo lógico para cada um deles. Essa construção envolveu os estagiários dos dois programas, os supervisores e gestores e a análise das atividades que tinham sido inicialmente pensadas para esses dois programas executarem (E4).

A Secretaria, através da Política de saúde Mental, e sob a coordenação do Programa Mais Vida de redução de danos, instituíram um grupo de trabalho e estão elaborando uma proposta de ampliação no número de vagas de estágio para esses dois programas, com o objetivo de ampliar as suas atividades para que possam ser inserido também, no programa nacional de combate ao crack (E4; E3; E8).

A Secretaria criou, em 2010, outro programa de estágio remunerado para o nível médio denominado de “Eu posso ajudar?” voltado para o atendimento das necessidades das policlínicas que estavam implantando o acolhimento com classificação risco. A DGGTES e a GAAH responsáveis pela inserção desses estudantes na rede está elaborando as atribuições e responsabilidades desses estudantes como uma forma de nortear a atuação dos profissionais que conduzem o processo e dos estudantes e de estruturar, evitando desvio de função, e formalizar esse estágio (E4).

Quadro Síntese 9. Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período de 2001-2009, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE

Política específica de estágio	<p>5ª CMS – 2001 - A política de estágio não foi debatida nesta conferência.</p>
	<p>6ª CMS – 2003 - Garantir que os serviços de saúde sejam campo de prática para a formação de profissionais de saúde.</p>
	<p>7ª CMS – 2005 - Incipiente política de educação na saúde: Realizar seleção pública para estágios extra-curriculares na rede de serviços de saúde; Falta de regulamentação de estágio de forma a contemplar todos os cursos de saúde, interdisciplinarmente: Criar modelos de estágio que contemplem todos os cursos de saúde de forma interdisciplinar; Falta de regulamentação da função de preceptoria: Definir uma política de regulamentação da atuação como preceptor incluindo capacitação e valorização no PCCV, bem como outros incentivos; Falta de integração da discussão de critérios de bolsas de estágio entre gestão e representação das Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, no âmbito municipal e estadual: Criar e tornar público bolsas de estágio extra-curricular.</p> <p>Acesso dos acadêmicos dos cursos de saúde na rede de atenção a saúde nos municípios e Estado: a) Implantar e implementar gestão pactuada e compartilhada entre as Secretarias de Saúde e direção das faculdades da área de saúde para gerenciar, acompanhar e avaliar o ingresso, distribuição e permanência dos estagiários na rede, considerando os 3 pilares: ensino, pesquisa e extensão na formação dos universitários para o SUS; Ampliar os estágios de vivência no SUS para o nível superior e técnico.</p>
	<p>8ª CMS – 2007 - Criar um núcleo de preceptoria em saúde da cidade do Recife, constituída por profissionais preceptores dos seis DS, gestores e representações das universidades, do conselho municipal de saúde e dos outros conselhos de saúde.</p>
	<p>9ª CMS – 2009 - Articular com as Instituições de Ensino Superior a inserção dos preceptores na formação em metodologia Científica, Bancos de Dados, Bioestatística.</p> <p>Política Municipal de Estágios no SUS que possibilite o SUS de Recife:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Gerenciar os estágios e campos de práticas nos serviços municipais assegurando a qualidade do atendimento e a autonomia do usuário; — Participar ativamente nos processos pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde que se dêem no território de Recife, respeitando-se a autonomia das universidades e instituições de ensino parceiras.

Fonte: Elaborado pela autora

Quando Síntese 10. Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas nos Planos Municipais de Saúde (PMS), período 2002 a 2013, segundo a estrutura do plano e as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

Política específica de estágio	PMS 2002-2005 - Não faz referência a política de estágio.
	PMS 2006-2009 - Não faz referência á política de estágio.
	PMS 2010-2013 - Implantação de uma Política Municipal de Estágios no SUS que possibilite ao SUS de Recife o gerenciamento dos estágios e campos de práticas nos serviços municipais, assegurando a qualidade do atendimento e a autonomia do usuário.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro Síntese 11 Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

	RAG de 2005 - Implementação dos Projetos ASINHA e Agente Aprendiz na saúde para os estagiários do Ensino Médio; Redefinição das atividades de estágio e treinamento na área de Vigilância Ambiental para os estagiários do Projeto Asinha; Solicitação de proposta pedagógica e orçamentária de Curso Auxiliar Administrativo ao Centro de Integração Empresa Escola (CIEE) para os estagiários do Projeto Agente Aprendiz na Saúde; Elaboração dos instrumentos de acompanhamento e avaliação de estágio.
	RAG de 2008 - Realizada seleção pública para estágio.
	RAG de 2010 - Iniciada a discussão, a partir de 4 reuniões, junto a SADGP sobre a revisão do Decreto que regulamenta o Estágio Curricular Obrigatório para adequá-lo à lei de estágio vigente, Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde e a realidade cotidiana dos serviços. No momento aguarda-se articulação da mesma com outras secretarias para consolidação das necessidades de alteração do Decreto.

Fonte: Elaborado pela autora

5.2.4 Relação com as Escolas Técnicas do SUS

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) surgiram na década de 80 com o objetivo de profissionalizar os trabalhadores da área da saúde sem qualificação específica para o exercício de suas funções. Mantiveram sua atuação centrada na oferta da Educação Profissional em Saúde, no assessoramento aos órgãos governamentais na área de RH para o nível médio e elementar, na articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde, na identificação de fontes de recursos, e no desenvolvimento de estratégias, métodos e técnicas de formação, currículos inovadores e expedição de diplomas de conclusão de cursos (GALVÃO, et al., 2006).

Abordaremos a seguir de que forma município de Recife vem estabelecendo parcerias com as Escolas Técnicas para viabilizar os processos de profissionalização dos trabalhadores de nível médio nas áreas de enfermagem e auxiliar administrativo.

A relação da Secretaria com as Escolas Técnicas foi tema de debate na 5ª Conferência Municipal de Saúde em 2001, na qual foi recomendada a criação de “um curso técnico de saúde pública como forma de garantir a formação e o desenvolvimento de recursos humanos no município”, conforme descrito no Quadro 12 (RECIFE, 2001).

No entanto, essa recomendação não apareceu dentre as proposições do Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2001 a 2005, conforme Quadro 13. Dentro do período de vigência desse Plano, a 6ª e a 7ª Conferências, que aconteceram nos anos de 2003 e 2005 respectivamente, não incluíram propostas envolvendo a parceria do município com as Escolas Técnicas na formação dos profissionais inseridos na rede e os ainda em formação (RECIFE, 2001, 2003, 2005).

Essa ausência de proposições voltadas para a formação técnica dos profissionais de nível médio na área da saúde permaneceu no Plano de Saúde de 2006-2009, vindo a aparecer nas discussões da 8ª CMS, realizada em 2007. Esta propôs novamente a criação de uma rede de escolas técnicas públicas para formação de pessoal técnico, objetivando garantir a qualificação dos profissionais de nível médio da atenção básica nas unidades de saúde tradicionais; e os cursos de formação de Agente Comunitário de Saúde (ACS), Técnico de Enfermagem, Técnico de Higiene Dental (THD) e Atendente de Consultório Dentário (ACD) inseridos nas policlínicas e unidades de referência (RECIFE, 2006, 2007).

Dois anos depois, na 9ª CMS realizada em 2009, foi debatida a necessidade de promover a educação continuada para os ACS e Agentes de Saúde Ambiental e Controle de

Endemias (ASACE), vinculado ao Programa de Saúde Ambiental (PSA), assim como a continuação do curso técnico para o ACS e a implantação do curso técnico para o ASACE, ambos em caráter emergencial. Ainda em 2009, na conformação do Plano Municipal para o período de 2010 a 2013 novamente nenhuma proposta relativa a atuação das escolas técnica foi incluída, como pode ser identificado no Quadro 12 (RECIFE, 2009).

A formação continuada para os ACS foi iniciada em 2011 com a realização da segunda etapa do Curso Técnico para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), iniciado em 2006. Para a realização desse curso, a DGGTES e os representantes dos Distritos procuraram realizar parcerias com as instituições privadas de ensino superior, que tem seus alunos de graduação da área da saúde inseridos na rede assistencial do município, a contribuir oferecendo o espaço para a realização do Curso. As gerências operacionais nos Distritos também foram inseridas na elaboração do conteúdo programático, na coordenação pedagógica e na seleção dos professores. Estes foram selecionados dentre os profissionais inseridos na gestão dos Distritos.

Segundo Galvão, et al 2006, os processos educativos das ETSUS viabilizavam cursos de forma a assegurar a continuidade dos estudos, considerando, a valorização dos trabalhadores e a necessidade dos serviços. Para Pereira; Lima (2008) trata-se da possibilidade desses profissionais vivenciarem um processo no qual se aprende praticando, e se compreendem os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de organizar o trabalho na sociedade. Indissolúvel os aspectos manuais e intelectuais, ambos características do trabalho.

A relação das Escolas Técnicas com a Secretaria é descrita nas entrevistas como tranquila já que esta consiste na identificação do quantitativo de vagas de estágio que o município pode ofertar para os estudantes e consolidação em um único documento pela Diretoria. Essa consolidação é anual assim como a reunião que promove a pactuação dessas vagas com essas instituições de ensino, com a participação dos representantes de todos os Distritos. A inserção desses estagiários nas policlínicas e nas unidades de saúde tradicionais é coordenado pelas GOGP, depois de terem assinado o contrato de formalização do estágio na DGGTES (E 2; E3; E4; E6).

Realizado esse planejamento anual para a inserção dos estudantes na rede termina a relação da DGGTES e da GOGP com essas escolas técnicas, salvo nos casos em que essas precisassem ampliar o número de vagas de estágio ou quando a Secretaria precisa discutir contrapartidas destas instituições para com o serviço como doações de material de higiene e de expediente (E 2; E3).

Quadro Síntese 12. Descrição dos temas debatidos nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas no período de 2001-2009, segundo as categorias analíticas, no município de Recife-PE

Relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS)	5ª CMS – 2001 - Recomendar a criação de um curso técnico de saúde pública que garanta a formação e desenvolvimentos dos recursos humanos ; Ampliação das capacitações técnicas continuadas para trabalhadores de saúde.
	6ª CMS – 2003 - A relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS) não foi tema de debate.
	7ª CMS – 2005 - A relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS) não foi tema de debate.
	8ª CMS – 2007 - Incipiente política de educação na saúde: Criar rede de escolas técnicas públicas para formação de pessoal técnico ; Garantir a qualificação dos profissionais de nível médio da atenção básica nas unidades de saúde tradicionais; Garantir os cursos de formação do ACS, Técnico de Enfermagem, THD e ACD (Policlínicas e Unidades de Referência).
	9ª CMS – 2009 - Promover Educação Continuada para ACS e ASACE no atendimento à comunidade, melhorando a atuação inclusive diante das questões éticas profissionais, bem como a implantação do Curso Técnico para ASACE e garantir a continuação do curso técnico para ACS ambos em caráter emergencial.

Fonte: Elaborado pela autora

Quando síntese 13. Descrição das propostas de implementação da gestão da educação na saúde identificadas nos Planos Municipais de Saúde (PMS), período 2002 a 2013, segundo a estrutura do plano e as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

Relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS)	PMS 2002-2005 - Não faz referência a relação com as escolas técnicas do SUS (ETS).
	PMS 2006-2009 - Não faz referência à relação com as escolas técnicas.
	PMS 2010-2013 - Não faz referência à relação com as escolas técnicas.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro Síntese 14. Ações de implementação de gestão da educação na saúde realizadas no período 2002-2009, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo as categorias analíticas, no município de Recife-Pe

Relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS)	RAG de 2006 - Realizada capacitação com todos os cuidadores das Residências Terapêuticas (45 pessoas) sobre os princípios da Saúde Mental/ Abordagem da crise.
--	---

Fonte: Elaborado pela autora

6 CONCLUSÕES

A presente pesquisa assumiu inicialmente dois pressupostos. O primeiro de que a Política de Gestão da Educação na Saúde no município do Recife foi se estruturando gradativamente no período de 2001 a 2011, sendo descentralizada para os Distritos Sanitários, porém de forma diferenciada entre estes. Como segundo pressuposto o de que apesar desse desenvolvimento gradativo, esta Política ainda é pouco conhecida e não utiliza a educação permanente enquanto instrumento de fortalecimento da gestão e da formação dos trabalhadores da saúde.

Tomando por base esses pressupostos e os resultados descritos, algumas conclusões serão apresentadas.

Quanto a Educação Permanente Própria da SMS/Recife:

- a) O município de Recife vem promovendo desde 2001, mudanças na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, reproduzindo a estrutura proposta pela SGTES/MS. Contudo, essas reformulações não foram implementadas nas gerências operacionais dos Distritos Sanitários, junto com o processo de descentralização da gestão dos profissionais da saúde.
- b) A ausência de uma subdivisão no organograma das gerências operacionais dos Distritos Sanitários e da necessidade de composição de equipe para gerir prioritariamente a implementação da política de Educação na Saúde, não contribuiu para sua visibilidade e valorização perante os usuários e profissionais da gestão e da atenção à saúde.
- c) Os profissionais inseridos na gestão do nível central têm maior apropriação do conteúdo propositivo da Política de Gestão da Educação na Saúde, que àqueles que integram e estão inseridos nas gerências operacionais descentralizadas.
- d) A compreensão de Educação Permanente da DGGTES é de que os processos de formação para a área da saúde ocorrem dentro e fora dos serviços de saúde, e, portanto, não devem se limitar a processos educacionais formais. Nessa perspectiva, devem-se incluir as vivências em serviço, as práticas de preceptoria e a construção de conhecimento, viabilizada pela presença das instituições de ensino superior nos serviços de saúde.

- e) A Secretaria tem atuado com o objetivo de promover mudanças nos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho, através da utilização de instrumentos como o acolhimento, o apoio matricial, a construção de projetos terapêuticos singulares. Esses instrumentos, oriundos da clínica, dão suporte aos profissionais e suas práticas de atenção à saúde. Contudo, não se identificou ter havido quaisquer proposições no sentido de instrumentalizar os gestores da gestão do trabalho e da educação na saúde para o trabalho nos espaços colegiados de gestão com vista a mudanças na gestão setorial.
- f) A pesquisa revelou que a proposição de instrumentos para promover mudanças na organização dos processos de trabalho não partiram da DGGTES, mas da Diretoria Geral de Atenção à Saúde (DGAS), através da instituição função/cargo de apoiador institucional operacionalizado e de responsabilidade da Gerência de Atenção Básica (GAB). Os apoiadores, ligados a DGAS, acompanham o processo de implementação das mudanças na organização dos processos de trabalho, enquanto nenhuma atribuição foi dada aos gestores inseridos nas gerências descentralizadas da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O não envolvimento fragiliza as possibilidades de desenvolvimento e qualificação profissional desses gestores.
- g) Foi interessante observar que, apesar da Secretaria ter instituído a função de apoiador institucional para contribuir e acompanhar as discussões e o planejamento dos processos de trabalho nas equipes da Estratégia Saúde da Família observou-se que, para as gerências distritais, os problemas decorrentes das relações interpessoais são um grande desafio.
- h) Os cursos têm sido voltados para os profissionais inseridos na assistência, ficando os gestores da gestão do trabalho e da educação na saúde, excluídos dessa formação. Nem a Diretoria propõe a qualificação desses gestores, nem eles mesmos demonstraram a necessidade de se instrumentalizar para realizar a gestão desses trabalhadores. A Secretaria pareceu preocupada em atuar para instrumentalizar as equipes de saúde, para refletir sobre seus processos de trabalho e ao mesmo tempo subsidiar a sua prática clínica. Não houve nenhuma proposição da DGGTES no sentido de instrumentalizar os gestores para trabalhar em espaços colegiados de gestão.
- i) As proposições da Secretaria para implementar processos de formação para a área da saúde foram direcionadas para a realização de capacitações, cursos e especializações. Utilizando-se, portanto, da concepção pedagógica da educação continuada.

- j) Os Planos Anuais de Educação Permanente, apesar de terem sido objeto de proposição de diversas Conferências e de Planos Municipais de Saúde, não foram localizados e parecem ter se limitado à sistematização das necessidades de capacitação dos servidores da Secretaria de Saúde, não havendo registros de sua real implementação.

Quanto a Relação com as Instituições de Ensino Superior:

- a) A operacionalização das ações relacionadas à Gestão da Educação na Saúde tem sido descentralizada, através das gerências operacionais que têm sido chamadas a participar de processos seletivos, apoio logístico para a viabilização de cursos, capacitações e programas específicos de estágios da Secretaria. Não há registros de participação das gerências operacionais na formulação e programação da Política, demonstrando uma possível separação entre as equipes que planejam daquelas que executam as ações, limitando o desenvolvimento do protagonismo das equipes distritais.
- b) Embora se tenha identificado que houve descentralização das ações para os Distritos Sanitários, constatou-se que os gerentes da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, assim como os profissionais responsáveis pela integração ensino e serviço, não demonstraram ter compreensão de que são gestores da política de Gestão da Educação na Saúde.
- c) Os Distritos designam profissionais que geralmente além de externos a essa gerência acumulam funções como as de Assessoria Técnica ou a gerência de uma determinada microrregião de saúde. A estes se atribui o papel de coordenação do processo de inserção dos estudantes nos serviços de saúde de forma conjunta com os representantes das instituições de ensino superior e escolas técnicas.
- d) Observou-se então que, os profissionais não são designados para conduzir a Gestão da Educação na Saúde, mas para se relacionar com as instituições de ensino superior e escolas técnicas e ser referência para a DGGTES nos Distritos. Contando com o suporte operacional da gerência descentralizada, a aprendizagem advinda da participação nas atividades educativas, promovidas pelas instituições de ensino, e do relacionamento com os preceptores e estudantes, não é compartilhada com os gerentes das GOGP, os quais geralmente estão com a responsabilidade da Gestão do Trabalho.

Quanto a Políticas específicas de Estágio:

- a) A DGGTES instituiu um espaço de gestão colegiada para promover a organização da inserção dos estudantes na rede de saúde. Tal espaço vem contribuindo para que o município avance no processo de conformação da rede em campo de formação.
- b) Na SMS/Recife a consolidação das necessidades de formação tem sido associada a ações de Educação Permanente, e isto tem possibilitando que novas pactuações sejam construídas para lidar com o aumento da demanda por campos de estágio, resultante do aumento do número de instituições de ensino na área da saúde.
- c) A presença das Instituições de Ensino Superior nos serviços de saúde e as parcerias destas com a Secretaria de Saúde propiciou o surgimento de espaços de gestão compartilhada no qual foi realizada a discussão da inserção dos estudantes na rede assistencial do município.

Quanto a Relação com as Escolas Técnicas do SUS

- a) A profissionalização dos trabalhadores de nível médio inseridos na rede e os ainda em formação, envolvendo a parceria do município com as Escolas Técnicas, não foram incluídos nas proposições dos Planos Municipais de Saúde do município de Recife no período de 2003 a 2011, apesar de ter sido tema de debates nas Conferências de Saúde.
- b) A relação da Secretaria com as Escolas Técnicas tem se restringido ao planejamento anual, realizado em conjunto com as gerências distritais, para a pactuação da inserção desses estudantes de nível médio na rede assistencial.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S et al. Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev. bras. Ed. Médica*, v 32, p. 356-362, 2008.

ARAÚJO, J.L; FILHO, R. M. Developing an operational framework for health policy analysis. *Rev. bras.saude matern. Infant.*, Recife, v. 1, p. 2003-221, set./dez. 2001.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70, 2010.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 21p, 2003.

_____. *HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, 2004b.

_____. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* 3. ed. rev. atual. Brasília, 2005.

_____. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida*, em Defesa do SUS e de Gestão. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. *Portaria nº 198, 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. Brasília, 2004b. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm> > Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. *Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005*. Institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf> > Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. *Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007*. Estabelece as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf > Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. *Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008b*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília, 2008b. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/port_interministerial_1802_26_ago_2008.pdf > Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. *Portaria interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009*. Institui o Programa Nacional de Apoio a Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência. Brasília, 2009. Disponível em: <
<http://www.prosaude.org/noticias/residencia/PortariaInterministerialN1001-22outubro2009-Pro-Residencia.pdf> > Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. *Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011*. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <
<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108433-1377.html>> Acesso em: 20 dez. 2012.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. O caráter anti-taylor do método. In: _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec 2000, p. 21-40.

CAMPOS, G.W.S. Eixos de conformação do método. In: _____ *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC 2005, p. 21-65.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E, ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007 p. 229-292.

CARVALHO, Y.M; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS et al., *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, 2005 p. 975-986.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. 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, jun. 2004 p. 41-65.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008 p. 162-168.

CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 557-566, mar. 2010.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 5ª Ed. São Paulo: Makron Books. 1997.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. Adm. Púb.*, Rio de Janeiro, v. 26 , p. 8-19, abr./jun. 1992.

GARCIA, A.C.P. *Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2010.

GIL, A. C. O que é estudo de caso. In: GIL, A. C. *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas, 2009.

GURGEL, Jr, G.D.; MEDEIROS, K.R. Conflito e resistência á mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais . In: FALCÃO, A. *et.al* (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 37-44, 2003.

HADDADI, A.E. et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde – Pet-saúde. Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v.5, p. 6-12, out. 2009.

JUNQUEIRA, V et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS : um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, 2011, p. 675-693.

LOPES, S.R.S et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, v. 18, p. 147-155, 2007.

MACÊDO, N.B. Mudanças conceituais na gestão da educação na saúde: o desafio da implementação da educação permanente na prática. 2010. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) — Departamento de saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *Caderno de RH*, Brasília, 2006, p. 257-284.

MATIAS-PEREIRA, J. Burocracia, cultura organizacional e reforma na administração pública. In: *Manual de gestão Pública Contemporânea*. São Paulo, Atlas, p. 15-24, 2008.

MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem.

MATUS, C. Momento Estratégico. In: MATUS, C. *Política, Planejamento & Governo*. IPEA, Brasília, 1996.

MERHY, E.E, FEUERWERKER, L.C.M, CECCIM, R.B. Educación Permanente em salud: uma estrategia para intervenir em La micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colectiva*. Mayo-agosto, v. 2, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina, 2006. p. 147-160.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: _____ Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, cap.2, p.41-66, 2007b.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set. dez., 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo: Hucitec, 2008, p. 361-372.

MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes: estrutura em cinco configurações*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MITRE, S.M at al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

MOTTA, F.C.P. *Teoria geral da administração*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1991.

NAVARRETE, M.L; SILVA, M. R.F. Introducción a los fundamentos teóricos de La investigación cualitativa. In: *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud*. Cursos Graal 5, p. 19-30, 2007.

O'Dwyer, G.C. ProgeSUS: Um processo negociado de estruturação de política para a área de gestão do trabalho no SUS. *Divul. em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, abr., 2012.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 625-634, out. /dez. 1997.

OLIVEIRA, N.A et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 32, p. 333-346, 2008.

PIERANTONI, C. R et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, C. R, VARELLA, T. C e FRANÇA, T. Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: *Caderno RH Saúde*, Brasília, p. 27-38, 2006.

PIERANTONI, C. R; GARCIA, A.C.P. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, abr. 2012.

PINTO, I.C.M.; TEIXEIRA, C.F. *Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 27 n. 9, 1777-1788, set. 2011.

RECIFE. *Portaria GAB/SS/PCR nº 105, de 22 de maio de 2007*. Institui o Grupo de Trabalho (GT) para propor a normatização da Rede Municipal de Saúde como área de integração ensino-serviço com vistas à definição do campo de prática e formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação em medicina. Recife, Pernambuco, 2007.

_____. *Portaria GAB/SS nº 109, de 20 de junho de 2008*. Instituir um Grupo de Trabalho (GT) para propor a normatização da Rede Municipal de Saúde como área de integração ensino - serviço com vistas à definição do campo de formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação em enfermagem. Recife, Pernambuco, 2008.

_____. *Portaria GAB/SS/PCR nº 061, de 27 de maio de 2009*. Instituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Colegiado de Formação e Educação Permanente em Saúde. Recife, Pernambuco, 2009c.

RECIFE. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final: 5ª Conferência Municipal de Saúde*. Recife, 2001.

_____. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final: 6ª Conferência Municipal de Saúde: Recife saudável: o desafio da integralidade e do comando único do sistema de saúde*. Recife, 2003a.

_____. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final: 8ª Conferência Municipal de Saúde: Pacto pela saúde com controle social: fortalecendo o SUS e promovendo qualidade de vida*. Recife, 2007.

_____. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final: 9ª Conferência Municipal de Saúde: Fortalecendo a participação e o controle social para a consolidação do SUS*. Recife, 2009.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2002-2005*. Recife, 2001b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2006-2009*. Recife, 2005b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2010-2013*. Recife, 2009b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2001*. Recife, 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2002*. Recife, 2003b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2003*. Recife, 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2004*. Recife, 2005.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2005*. Recife, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2006*. Recife, 2007a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2007*. Recife, 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2008*. Recife, 2009a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2009*. Recife, 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão - 2010*. Recife, 2011.

RIBEIRO, E.C.O; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação*, v. 12, junh. 1996.

SANTOS, M.J.F. Diseño de estúdios y diseños muestrales em investigación cualitativa. In: *Introducción a lãs técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud*. Cursos Graal 5, p. 19-30, 2007.

SILVA, E.V.M.; SILVA, S.F. *As Implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local*. In: *Cadernos RH*, Brasília, vol.3, n. 2, ago. 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, R.K. *Introdução: quando usar os estudos de caso como método de pesquisa*. In: _____. *Estudo de caso: planejamento e método*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Projeto: *Política de Gestão da Educação na Saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE*

Instituição: *CPqAM/FIOCRUZ* N° de Registro no CEP/CPqAM: _____
Pesquisadora Responsável: *Neuza Buarque de Macêdo* [Mestranda em Saúde Pública]
Orientadora do Estudo: *Prof^a Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque*

Eu _____, RG N° _____
declaro que após a leitura desse termo e tendo compreendido, aceito participar do estudo científico intitulado “*Política de Gestão da Educação na Saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE*”, sob a coordenação de Neuza Buarque de Macêdo, responsável pela pesquisa.

Ao assinar este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

1. A minha participação será de extrema importância para que haja uma reflexão sobre as ações de implementação da gestão da educação na saúde desenvolvidas no Sistema de Saúde.
2. O objetivo dessa pesquisa é analisar a implementação da política de gestão da educação no município de Recife.
3. Essa pesquisa poderá trazer subsídios para compreender como as atuais equipes de gestão do trabalho e da educação na saúde funcionam e se organizam para implementar as ações de educação, podendo vir a contribuir tanto para dar visibilidade as atividades de educação na saúde, desenvolvidas pelo município de Recife, como para instrumentalizar a gestão com informações valiosas para aprimoramento dessa política, sendo potencialmente benéfica para os profissionais que compõem essas estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Embora, seja possível, que durante a entrevista seja observado que algumas das atividades preconizadas pela política nacional de educação permanente em saúde ainda não tenham sido totalmente implementadas, tal fato não implicará em nenhum tipo de constrangimento ou risco a minha presença na instituição.
4. A minha participação, nessa entrevista, respondendo a algumas questões relacionadas à temática central do estudo, é voluntária e estou livre para interrompê-la a qualquer momento ou desistir de participar e retirar meu consentimento. A minha eventual recusa não trará nenhum prejuízo a minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa (resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 do Ministério da Saúde). Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita.
5. Os possíveis riscos da minha participação nessa pesquisa podem advir de constrangimentos, perante pessoas e instituições, caso meus posicionamentos ou minha identidade venham a ser revelados em público. Fatos que serão minimizados pela garantia de confidencialidade das informações prestadas, pois as mesmas somente serão utilizadas para o alcance do objetivo desse estudo, e pelo anonimato de todos que participarem da pesquisa. Os resultados gerais obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico, em literatura científica especializada;
6. Após a assinatura receberei uma cópia desse Termo de Consentimento e qualquer esclarecimento que eu necessite, poderei entrar em contato com *Neuza Buarque de Macêdo*, (81) 3034.6868 e (81) 9182.6871 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM, (81) 2101.2639.

_____/_____/_____
Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA DGGTES

Perguntas de abertura:

1. Qual o cargo/função que você exerce na DGGT? Há quanto tempo você exerce essa função?
2. Você precisou ou teve oportunidade de fazer uma formação relacionada a gestão da Política de Gestão da Educação?

Perguntas norteadoras relacionadas aos eixos temáticos da pesquisa:

Diretoria de Gestão do Trabalho (DGGT)	Eixo 1 - Práticas de gestão na condução da Política de Gestão da Educação na Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condução da gestão da educação na saúde dentro da Diretoria: <ol style="list-style-type: none"> 1. Como a gestão da educação na saúde vem sendo realizada dentro da diretoria? ▪ Acumula a gestão do trabalho e da educação na saúde? ▪ Conta com uma equipe específica para conduzir a Gestão da Educação na Saúde? ▪ Como organiza a equipe? ▪ Conta com o apoio da Diretora?
	Eixo 2: Ações de implementação da Política de Gestão da Educação na Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação permanente própria da Secretaria: <ol style="list-style-type: none"> 1. A DGGT tem um plano/projeto voltado para a formação e desenvolvimento dos profissionais? Em caso afirmativo, sempre existiu? Como foi elaborado? 2. A diretoria possui um Programa de Educação Permanente? Se sim, como se deu a operacionalização do mesmo? 3. Quais as ações para a implementação da Gestão da Educação na Saúde que são realizadas, pela Diretoria? 4. Cursos / Capacitações / Treinamentos / Curso Introdutório (palavras que se repetiram na análise dos RAG, PMS e RC) ▪ Relação com as Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a SES e o MS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Como você descreveria a relação da DGGT com as IES e ETS? ▪ Política específica de estágio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Em sua opinião a DGGT tem uma Política de Estágio para os profissionais do ensino médio e do nível superior? <ul style="list-style-type: none"> — ASINHA / Projeto Agente Aprendiz na Saúde ▪ Relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS): <ol style="list-style-type: none"> 1. Em relação ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores de nível médio, qual a sua avaliação?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA GOGP

Perguntas de abertura:

1. Qual o cargo/função que você exerce na GOGP? Há quanto tempo você exerce essa função?
2. Você precisou ou teve oportunidade de fazer uma formação relacionada a gestão da Política de Gestão da Educação?

Perguntas norteadoras relacionadas aos eixos temáticos da pesquisa:

Gerência Operacional de Gestão de Pessoas (GOGP)	Eixo 1 - Práticas de gestão na condução da Política de Gestão da Educação na Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condução da gestão da educação na saúde dentro da GOGP: <ol style="list-style-type: none"> 1. Como a gestão da educação na saúde vem sendo realizada dentro da gerência? <ul style="list-style-type: none"> ▪ O que é o seu trabalho na Gestão do Trabalho e na Gestão da Educação na Saúde? ▪ Acumula a gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde? ▪ Conta com uma equipe específica para conduzir a Gestão da Educação na Saúde? ▪ Quem é o foco/público alvo do seu trabalho? ▪ Como organiza a equipe? ▪ Conta com o apoio da DGGT ou da Gerente do Distrito? ▪ Você se sente gestor da política?
	Eixo 2: Ações de implementação da Política de Gestão da Educação na Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação permanente própria da GOGP: <ol style="list-style-type: none"> 1. A gerência tem um plano/projeto voltado para a formação e desenvolvimento dos profissionais? Em caso afirmativo, sempre existiu? Como foi elaborado? 2. A gerência possui um Programa de Educação Permanente? Se sim, como se deu a operacionalização do mesmo? 3. Quais as ações para a implementação da Gestão da Educação na Saúde que são realizadas pela Gerência? <ul style="list-style-type: none"> — Cursos / Capacitações / Treinamentos / Curso Introdutório (palavras que se repetiram na análise dos RAG, PMS e RC) ▪ Relação com as Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a SES e o MS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Como você descreveria a relação dessa gerência com as IES e ETS? ▪ Política específica de estágio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Em sua opinião a DGGT tem uma Política de Estágio para os profissionais do ensino médio e do nível superior? <ul style="list-style-type: none"> — ASINHA / Projeto Agente Aprendiz na Saúde ▪ Relação com as Escolas Técnicas do SUS (ETS): <ol style="list-style-type: none"> 1. Em relação ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores de nível médio, qual a sua avaliação?