

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
UMA ESTRATÉGIA EM CONSTRUÇÃO PARA A GESTÃO DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
GERMANO SINVAL FARIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da ENSP
com vistas à obtenção do título de Mestre
em Gestão de Ciência & Tecnologia
em Saúde na área de Saúde Pública.

Elisabete Dorighetto Borges

Orientadora: Prof. Dra. Tânia Celeste Matos Nunes

Dezembro de 2007

A minha filha Catarina,
que me entende mesmo que eu não precise dizer nada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença constante na minha vida, e por me carregar no colo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Aluizio e Nizette, por terem me ensinado que na vida temos sempre que lutar por aquilo que queremos, mas que princípios como o caráter, integridade, dignidade e amor são fundamentais na vida de uma pessoa.

A minha orientadora Prof^a. Tânia Celeste pelos importantes ensinamentos científicos, pela paciência e pela doçura no modo de conduzir esta orientação. Serei eternamente grata!

A Maria de Fátima Lobato de Tavares (Fafá), por sua disponibilidade, ensinamentos e apoio. Obrigada pelas dicas e observações enriquecedoras: um grande abraço!

Ao Inácio, pela sua disposição em “abrir portas” deste universo.

As equipes de saúde da família, por todo apoio e boa vontade no cotidiano do trabalho.

Aos gestores que participaram deste estudo, que muito contribuíram para o meu aprendizado.

Aos chefes do CSEGSF durante este período, pela confiança em mim depositada e pelo apoio desta caminhada.

As Prof^{as}. Eliana Cláudia Otero Ribeiro e Eliane Hollanda de Carvalho por aceitarem participar da minha banca de dissertação.

A coordenação geral do Mestrado em Gestão de Ciência & Tecnologia em Saúde, e em especial ao Prof. José Maldonado pela compreensão e ânimo durante o curso.

Aos companheiros de turma pelas discussões e eventos compartilhados neste período inesquecível.

Ao Luiz Felipe, pelo interesse, carinho e apoio em momentos críticos.

Ao André, grande amigo que se tornou meu afilhado, pelas inúmeras caronas, pelo incentivo e apoio sempre oportuno.

A Daniela, minha super secretária que foi sem dúvida nenhuma, grande ouvinte nos momentos de maiores *stress*.

Aos meus amigos de fé, o casal Nilzete (carinhosamente chamada de Fofa) e Edson pela amizade incondicional, demonstração de carinho e apoio ao final desta jornada.

A aluna do internato em saúde da família, Bianca Salazar, pelo apoio no “trabalho artesanal” na recuperação dos dados.

Enfim, a todos que de alguma maneira contribuíram para a execução deste trabalho, seja pela ajuda constante ou por uma palavra de amizade!

“Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não veio só, nem nos deixa só; leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas não há os que não deixem nada. Esta é a maior responsabilidade da vida e a prova evidente de que duas almas não se encontram por acaso”.

Antoine de Saint-Exupéry

Muito Obrigada!

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas
que têm a forma do nosso corpo e esquecer nossos caminhos
que levam sempre aos mesmos lugares...
É tempo de travessia
e se não ousarmos fazê-la
teremos ficado sempre à margem de nós mesmos."

Fernando Pessoa

RESUMO

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA EM CONSTRUÇÃO PARA A GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA

Esse trabalho buscou estudar os elementos relacionados à articulação entre a educação permanente e a gestão do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família do CSEGSF, no sentido de reorganizar as práticas de saúde, reforçando vínculos com a população e traçando estratégias pedagógicas para o desenvolvimento dessas práticas. Definiu-se como metodologia a investigação qualitativa e foram utilizados como instrumentos metodológicos: entrevistas semi-estruturadas, grupo focal e análise documental. Os principais resultados da pesquisa evidenciaram que as dificuldades das equipes em construir sua grupalidade e assumirem sua condição de sujeitos neste processo levam a permanecerem aprisionados ao dia a dia do trabalho sem conseguir analisar e repensar as suas práticas, ao mesmo tempo em que os profissionais reconheceram que os espaços de trabalho constituem-se em espaços de importância na produção de inovações e de transformação das práticas. A educação permanente pode favorecer esse processo de aprendizagem, tendo como eixo central o trabalho cotidiano, exercendo a compreensão crítica da realidade e necessariamente de natureza participativa, buscando como resultado: mudança institucional, apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe.

Palavras-chave: Saúde da Família, Processo de Trabalho, Educação Permanente.

ABSTRACT

PERMANENT EDUCATION IN HEALTH: A STRATEGY IN CONSTRUCTING THE MANAGEMENT OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM AT THE TEACHING HEALTH CENTER GERMANO SINVAL FARIA (CSEGSF)

This study explored the relationship between permanent education and the management of the work processes of the family health program teams at the teaching health center CSEGSF. The goal of this research was to reorganize healthcare practices, strengthen ties with the patient population and outline training strategies for upgrading these practices. Defined in its methodology, this qualitative research incorporated the use of semi-structured interviews, focus groups and document analysis. The main results of this research highlighted difficulties faced by the work teams in the family health program in adapting their internal group dynamics to their role as test subjects; while being tied to their day-to-day responsibilities the teams were unable to gain adequate perspective to analyze and rethink their practices. Simultaneously, the professionals in these teams recognized the importance of work space in the process of innovation and transformation of practices. An atmosphere of continuing education improves the learning process, being based around the routine of daily work, a critical process of analysis of the dynamics of what is going on, most importantly of individual interaction participation, with the result that institutions evolve in their structure, making use of scientific knowledge and a strengthening team effectiveness.

Key Words: Family Health, Work Processes, Permanent Education

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACRV – Agente Comunitário Redutor de Violência
CAH – Comunidade Agrícola de Higienópolis
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CHP2 – Conjunto Habitacional Proletário 2
CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DAB – Departamento de Atenção Básica
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Equipes de Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FLACSO - Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais
FSESP – Fundação de Serviços de Saúde Pública
GAT – Grupo de Apoio Técnico
GEL – Grupo Executivo Local
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MP – Mandela de Pedra
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PCC – Parque Carlos Chagas
PEPS – Pólos de Educação Permanente em Saúde
PJG – Parque João Goulart
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
POC – Parque Oswaldo Cruz
PSF – Programa Saúde da Família

SEGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SM – Samora Machel

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

UTGSF - Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria

VSP – Vila São Pedro

VT – Vila Turismo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. BREVE RETROSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E OS CENÁRIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE	23
1.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE AO LONGO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	26
1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	29
2. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: RESPONDENDO À COMPLEXIDADE E DANDO SENTIDO ÀS INTERVENÇÕES DOS DIFERENTES CAMPOS.	38
3. PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM – EDUCAÇÃO PERMANENTE..	45
4. AO ENCONTRO DO OUTRO: A METODOLOGIA E OS SUJEITOS DA PESQUISA	53
4.1 DESENHO DO ESTUDO	53
4.2 LOCAL DO ESTUDO	54
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	59
4.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO	60
4.5 ANÁLISE DO ESTUDO	63
4.6 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	65
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	67
5.2 A PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS DO PROCESSO DE TRABALHO.....	68
5.3 CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.....	71
5.4. SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	77
5.5 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	99
ANEXO 1 - PORTARIA GM/MS N° 198.....	100
ANEXO 2 - PORTARIA GM/MS N° 1.996.....	126
ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	146
ANEXO 3.1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA	147
ANEXO 4- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	149
ANEXO 4.1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL	150
ANEXO 5 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ENTREVISTADOS.....	152

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas têm-se presenciado a intensificação e o aprofundamento de mudanças substantivas na dinâmica do capitalismo internacional. O mercado mundial apresenta uma crescente integração, com a deslocalização da produção para outros mercados, a multiplicidade e multiplicação de produtos e de serviços, uma tendência à organização de conglomerados de empresas, mudanças nas formas de concorrência e cooperação interindustrial alicerçada em alianças estratégicas entre empresas e em amplas redes de subcontratação, à busca de estratégias de elevação da competitividade industrial. Nesse contexto, ocorre também a intensificação do uso das tecnologias informacionais e de novas formas de gestão do trabalho. Todos esses elementos conformam um ambiente sinalizador das transformações estruturais que configuram a globalização econômica (Deluiz, 1996).

No debate que procura entender o atual processo de globalização, está presente o fato de que a inovação e o conhecimento são os principais fatores que definem a competitividade e o desenvolvimento de nações, regiões, setores, empresas e até indivíduos. A globalização tem acirrado a concorrência que, cada vez mais, está baseada no conhecimento e na organização dos processos de aprendizagem.

Observa-se ainda a importância de outros fatores que não os relacionados diretamente aos preços, na concorrência entre as empresas. As capacitações das empresas, em termos de produção e uso do conhecimento, adquirem um papel central na sua competitividade.

A crescente competição internacional e a necessidade de introduzir, de forma eficiente, o avanço das tecnologias de informação e comunicação nos processos produtivos, têm levado as empresas a centrar suas estratégias no desenvolvimento de sua capacidade inovativa. Esse esforço é essencial para permitir a participação dos trabalhadores nos fluxos de informação e conhecimento (como os diversos arranjos cooperativos) que marcam o atual estágio do capitalismo mundial. Como principais questões que contribuiram para um melhor entendimento do processo de inovação nos últimos anos, destacam-se:

- reconhecimento de que inovação e conhecimento (ao invés de serem considerados como fenômenos marginais) colocam-se cada vez mais visíveis como elementos centrais da dinâmica e do crescimento de nações, regiões, setores, organizações e instituições;
- a compreensão de que a inovação constitui-se em processo de busca e aprendizado, o qual, enquanto dependente de interações, é socialmente determinado e fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos;
- a idéia de que existem marcantes diferenças entre os agentes e suas capacidades de aprender (as quais refletem e dependem de aprendizados anteriores, assim como da própria capacidade de esquecer);
- o entendimento de que existem importantes diferenças entre sistemas de inovação de países, regiões, setores, organizações, etc. em função de cada contexto social, político e institucional específico.
- a visão de que se, por um lado, informações e conhecimentos codificados apresentam condições crescentes de transferência - dada a eficiente difusão das tecnologias de inovações - conhecimentos tácitos de caráter localizado e específico continuam tendo um papel primordial para o sucesso inovativo e permanecem difíceis (senão impossíveis) de serem transferidos.

Uma das características mais marcantes das últimas décadas tem sido o ritmo acelerado de mudança tecnológica motivado, em grande parte, pela intensificação da competição nos mais diversos mercados em âmbito mundial. Diante da crescente complexidade associada ao processo de geração, difusão e uso de novos conhecimentos e da própria incerteza decorrente da globalização, a capacidade de manter processos de aprendizado tornou-se um fator crucial para a sobrevivência competitiva de empresas e regiões (Vargas, 2002).

Entretanto, para acompanhar as rápidas mudanças em curso, segundo Lastres e Albagli (1999:122), “torna-se de extrema relevância a aquisição de novas capacitações e conhecimentos, o que significa intensificar a capacidade de indivíduos, empresas, países e regiões, de aprender e transformar este aprendizado em fator de competitividade para os mesmos”. Esta fase vem sendo denominada de Economia do Conhecimento e do Aprendizado.

Desde o pós-guerra, vem sendo reconhecido que a produtividade e competitividade dos agentes econômicos dependem cada vez mais da capacidade de lidar eficazmente com a informação para transformá-la em conhecimento (Vargas, 2002).

Uma grande e crescente proporção da força de trabalho passou a se envolver na produção e distribuição de informações e conhecimento e não mais na produção de bens materiais, gerando reflexos no crescimento relativo do setor de serviços frente ao industrial. Desta forma, apontou-se para uma tendência de aumento da importância dos recursos intangíveis na economia – particularmente nas formas de educação e treinamento da força de trabalho e do conhecimento adquirido com investimento em pesquisa e desenvolvimento. As tecnologias de informação e comunicação propiciam o desenvolvimento de novas formas de geração, tratamento e distribuição de informações. Através de ferramentas de base eletrônica que diminuíram o tempo necessário para a comunicação, transformam-se as formas tradicionais de pesquisa, desenvolvimento, produção e consumo da economia, facilitando e intensificando a rápida ou instantânea comunicação, processamento, armazenamento e transmissão de informações em nível mundial a custos decrescentes. Para Lemos (2000), três aspectos devem ser destacados no que se refere às estas novas tecnologias:

O primeiro, diz respeito aos avanços observados na microeletrônica – que tiveram como conseqüências de maior impacto para a economia e para sociedade o desenvolvimento do setor de informática e a difusão de microcomputadores e de *softwares* que vêm englobando grande parte das tarefas que anteriormente eram realizadas pelo trabalho humano. O segundo se refere aos avanços nas telecomunicações como, por exemplo, a comunicação via satélite e a utilização de fibras óticas, que revolucionaram os sistemas de comunicação. Por fim, a convergência entre estas duas bases tecnológicas, permitiu o acelerado desenvolvimento dos sistemas e redes de comunicação eletrônica mundiais.

A difusão dessas novas tecnologias permitiu a expansão das relações e da troca de informações, possibilitando a interação entre diferentes unidades dentro de uma empresa – como a pesquisa, engenharia, *design* e produção – e fora dela, com outras empresas ou outros agentes que detenham distintos tipos de conhecimentos.

Cassiolato e Lastres (1999:172) argumentam que essa fase se caracteriza pelo “fácil acesso às informações, mas ponderam que o conhecimento é central, e sem ele não é possível decodificar o conteúdo das informações e transformá-las em conhecimento”. A ênfase no conhecimento deve-se, também, ao fato de que as tecnologias líderes desta fase são resultados de enormes esforços de pesquisa e desenvolvimento. As altas taxas de inovações e mudanças implicam, assim, uma forte demanda por capacitação, na atualidade, para responder às necessidades e oportunidades que se abrem. Exigem, por sua vez, novos e cada vez maiores investimentos em pesquisa, desenvolvimento, educação e treinamento. Argumenta-se, desta forma, que os instrumentos disponibilizados pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação – equipamentos, programas e redes eletrônicas mundiais de comunicação podem ser inúteis se não existir uma base capacitada para utilizá-los, acessar as informações disponíveis e transformá-las em conhecimento e inovação.

Nesse contexto, dois fenômenos inter-relacionados se destacam e tornam o conhecimento transferível para todos: o processo de aceleração das inovações e a globalização em curso, com a disponibilização de meios técnicos que possibilitam o acesso a informações. Nota-se que os conhecimentos envolvidos na geração de inovações podem ser tanto codificados como tácitos, públicos ou privados e vêm se tornando cada vez mais inter-relacionados. A informação e o conhecimento codificado podem ser facilmente transferidos através do mundo, mas o conhecimento que não é codificado, aquele que permanece tácito, só se transfere se houver interação social, e esta se dá de forma localizada e enraizada em organizações e locais específicos.

O conhecimento codificado como informação pode ser armazenado, memorizado, transacionado e transferido, reutilizado, reproduzido e comercializado indefinidamente, a custos extremamente baixos. Já o conhecimento tácito, é o conhecimento que não pode ser explicitado formalmente ou facilmente transferido; refere-se a conhecimentos implícitos a um agente social ou econômico, como as habilidades acumuladas por um indivíduo, organização ou um conjunto delas, que compartilham de atividades e linguagem comum. Não está disponível no mercado para ser vendido ou comprado e requer um tipo específico de interação social, similar ao processo de aprendizado, para que seja transferido (Lundvall, 1995).

O processo de geração de conhecimentos e de inovação vai implicar, portanto, o desenvolvimento de capacitações científicas, tecnológicas e organizacionais e esforços substanciais de aprendizado com experiência própria, no processo de produção (*learning-by-doing*), comercialização e uso (*learning-by-using*); na busca incessante de novas soluções técnicas nas unidades de pesquisa e desenvolvimento ou em instâncias menos formais (*learning-by-searching*); e na interação com fontes externas, como fornecedores de insumos, componentes e equipamentos, licenciadores, licenciados, clientes, usuários, consultores, sócios, universidades, institutos de pesquisa, agências e laboratórios governamentais, entre outros (*learning-by-interacting*) (Cassiolato e Lastres, 1999).

No momento atual, caracterizado por uma competição que não se dá apenas via preços, o mais importante não é apenas ter acesso à informação ou possuir um conjunto dado de habilidades, mas fundamentalmente ter capacidade para adquirir novas habilidades e conhecimentos (*learning-to-learning*). Isto se traduz na capacidade de aprender e de transformar o aprendizado em fator competitivo, incorporando a “possibilidade de constante reconstrução das habilidades dos indivíduos e das competências tecnológica e organizacional da firma” (Lundvall, 1995:2). O aprendizado é importante tanto para se adaptar às rápidas mudanças nos mercados e nas condições técnicas, como também para transformar inovações em produtos, processos e em formas organizacionais.

As mudanças que vêm ocorrendo em alguns países ou regiões do mundo, particularmente naqueles mais desenvolvidos, demonstram como é crucial a formulação de políticas de promoção de inovações no mundo atual. Reconhece-se também que o processo de inovação é um processo de aprendizado interativo, que envolve intensas articulações entre diferentes agentes, requerendo novos formatos organizacionais em redes, demandando investimento na capacitação de recursos humanos, responsáveis pela geração de conhecimentos (Cassiolato e Lastres, 1999).

Neste cenário é fundamental o papel das instituições de pesquisa e das universidades, que fornecem a base do desenvolvimento científico e tecnológico para a geração de conhecimentos e capacitação de pessoas. Portanto, é necessário compreender que mesmo sendo empresa um *locus* do processo de inovação, ela não inova sozinha e necessita de articulação com outros atores, em um processo interativo. As mudanças são muito

aceleradas e somente aqueles que estão envolvidos na criação do conhecimento possuem possibilidades reais de acesso aos seus resultados.

O avanço deste processo que transcende os fenômenos meramente econômicos, invadindo as dimensões políticas, sociais e culturais, traz, como conseqüências, mudanças no tamanho e nas atribuições do Estado, a desregulamentação das economias nacionais, a reestruturação do mercado de trabalho, novas formas de organização e a flexibilização do trabalho, implicando uma generalizada potencialização da capacidade produtiva da força de trabalho (DeLuiz, 1996).

Esses fenômenos impõem mudanças no processo de trabalho dos profissionais que, por sua vez, devem exercer funções muito mais abstratas e intelectuais, implicando cada vez menos trabalho manual e cada vez mais a manipulação simbólica. As mudanças de paradigmas geradas pela globalização conformam um novo padrão de comportamento dos profissionais, exigindo capacidades de diagnóstico, de solucionar problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, auto-organizar-se e enfrentar situações em constantes mudanças.

Os reflexos dessa conjuntura atingem a tudo e a todos impondo mudanças significativas para sua adequação. No setor saúde, seguidos diagnósticos apontam para a necessidade de mudanças e de incorporação de inovações, para que possa cumprir o seu papel, promovendo a inclusão e adotando a racionalidade necessária na oferta de serviços à população. Fruto desse esforço de renovação do setor surge o Programa Saúde da Família como uma estratégia de reorientação do modelo com reorganização das práticas profissionais, com equipes multiprofissionais que assumem a responsabilização por uma determinada população.

Após mais de dez anos de sua implantação como estratégia de intervenção estruturada no Sistema Único de Saúde (SUS), e a busca incessante de construção de novas práticas de trabalho, ainda são muitos os desafios colocados para os profissionais das equipes de saúde da família.

Alguns aspectos importantes ainda são pouco explorados pelas equipes de saúde, mas se constituem em matéria importante para o aperfeiçoamento do processo de trabalho dos membros dessa equipe. Destacam-se entre eles: ter uma visão social ampliada, saber trabalhar em equipe multiprofissional e transdisciplinar, ser um articulador (promotor) da saúde na comunidade, ter compromisso social e ser resolutivo na sua prática clínica, A Educação Permanente (EP) pode ser um dos caminhos de contribuição para este processo, pelo seu potencial no desenvolvimento da capacidade de aprender e ensinar no cotidiano dos profissionais e das organizações.

A Educação Permanente é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços de saúde e vai muito além da mera transmissão de novos conteúdos, aproveitando-se de um conhecimento tácito, onde o “saber ser” e o “saber fazer” são construídos coletivamente a partir do próprio processo de trabalho, ou seja, na articulação entre as categorias trabalho, saúde e educação. Dessa forma a Educação Permanente pode ser mais uma estratégia propiciadora de mudança nas práticas de saúde no âmbito da atenção básica, constituindo-se em estratégia inovadora.

A EP foi incorporada como política de governo em 2003, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003). A eleição dessa proposta como prioridade permitiu sua incorporação enquanto política pública balizadora da formação de recursos humanos para o SUS no Brasil.

A incorporação da EP pelo Sistema de Saúde é uma atividade que demanda esforços de todas as esferas de governo e se relaciona com programas estratégicos para a reconfiguração do modelo assistencial, como por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), potencializando resultados no sentido dessa reconfiguração.

Pela relevância do tema e o caráter dinâmico e abrangente da sua implantação enquanto política de governo, a EP tem mobilizado grupos de trabalho e instituições, no sentido de aprofundar aspectos correlatos de sua problemática para aportar elementos de base sólida em uma inserção concreta e institucionalizada no sistema de saúde brasileiro.

Ao longo de sua história, a Fundação Oswaldo Cruz tem sido um dos mais importantes suportes técnico-científicos às políticas e ações de saúde pública empreendidas pelo Ministério da Saúde. Tendo desempenhado um papel importante na luta que resultou na criação do SUS, a Fiocruz aperfeiçoa permanentemente as ações comprometidas com as mudanças sociais, e contribui para a consolidação do SUS e para a melhoria do acesso a serviços de saúde de qualidade.

Desde a sua criação, o SUS tem sido um forte indutor de iniciativas voltadas para a formação dos profissionais de saúde e para as instituições no desenvolvimento de novas formas de gestão compatíveis com os princípios constitucionais da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação popular e controle social.

A descentralização cria a possibilidade de novos postos de trabalho, ampliando a demanda por profissionais de saúde e de outras áreas de conhecimento que possam cumprir as tarefas com atividades interdisciplinares e intersetoriais; profissionais com capacidade técnica e política para solucionar problemas complexos e que sejam capazes de aprender com a prática, mobilizando conhecimentos a partir da experiência anterior e produzindo novos conhecimentos a partir da prática atual.

As sucessivas avaliações do SUS têm permitido perceber a inadequação dos modelos clássicos de gestão, caracterizados pela estrutura verticalizada e hierárquica, pela rígida divisão entre funções técnicas e administrativas, pela burocratização dos processos de trabalho e pela lentidão dos processos decisórios (Brasil, 2004a). Fica clara a necessidade de se criar um desenho institucional capaz de dar às organizações de saúde capacidade de solucionar problemas com eficiência e efetividade, de adotar saberes interdisciplinares e recursos intersetoriais, de operar com agilidade e flexibilidade para lidar com relações intersubjetivas e com valores éticos e morais.

Uma das formas de levar adiante esse compromisso tem sido o investimento na formação de profissionais com espírito crítico, capazes de lidar com as mudanças ocorridas no setor saúde, de refletirem sobre o seu próprio trabalho e de atuarem ativamente para o aprimoramento do sistema de saúde.

Uma análise da minha experiência na docência e coordenação de alguns Cursos de Especialização em Saúde da Família realizados nos últimos seis anos pela ENSP em parceria com instituições dos estados do Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Paraíba, Amapá, Acre e Roraima, e, paralelamente, acompanhando a implantação do Programa Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em 2000, através do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, levou-me a questionar a adequação da sua formação para atuar no programa.

A implantação dessa estratégia tem demandado que a capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família seja problematizada e recriada permanentemente. A discussão do processo de trabalho neste novo modelo de atenção à saúde importa na incorporação de uma concepção mais ampla de saúde que adote a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a equidade e a participação social e estratégias pedagógicas pertinentes.

Alguns autores têm contribuído com reflexões sobre o tema da formação profissional, relacionando a temática pedagógica com os desafios do SUS. Deluiz (2001:8) refere que aos profissionais de saúde são *“exigidas competências que vão além de diagnosticar, prevenir, planejar, intervir, propor soluções, regular, gerir, negociar e avaliar em saúde. São exigidas, também, as habilidades de negociação, de trabalhar cooperativamente, de compartilhar decisões”*. Essas competências impõem articulação de diferentes saberes com as dimensões ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais que integram as subjetividades do relacionamento mútuo e com o compartilhamento de idéias, boa parte desses saberes construídos no próprio ambiente de trabalho. Berger (1998:8) entende por *“competências os esquemas mentais, ou seja, as ações e operações mentais de caráter cognitivo, sócio-afetivo ou psicomotor que mobilizadas e associadas a saberes teóricos ou experiências geram habilidades, ou seja, um saber-fazer”*.

O pensamento desses autores tem contribuído para compreender que, na atualidade, a qualificação dos profissionais requer novos métodos, novas abordagens e novos conteúdos para permitir que a prática vivenciada seja a base do diálogo com todas as formas de produção do conhecimento e da formação.

Dessa leitura surgiram algumas interrogações que configuraram um estudo mais aprofundado que me propus a desenvolver:

De que maneira os espaços de trabalho se constituem em espaços de aprendizagem? De que maneira o processo de trabalho das equipes de saúde da família está contribuindo para o seu aprendizado? Será que todos entendem processo de trabalho da mesma forma? O que entendem como processo de trabalho? Como identificar problemas e necessidades de natureza pedagógica?

Na educação permanente, essa discussão se faz a partir do processo de trabalho, onde se reconhecem que as pessoas possuem experiências, vivências, conhecimentos e olhares de diferentes realidades e que podem produzir novos conhecimentos através de uma construção coletiva.

Assim, para formular caminhos estratégicos que possibilitem enfrentar problemas revelados, torna-se importante compreender como o processo de trabalho permite que os profissionais de saúde se sintam sujeitos do seu trabalho, e desenvolvam sua capacidade de formulação sobre problemas e necessidades.

A Fiocruz e, em particular, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), atuam estrategicamente na produção de conhecimentos, aprimorando o campo das relações entre educação, trabalho e saúde e conformando práticas pedagógicas consoantes com a atual proposta de EP. O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento da ENSP, tem se dedicado à experimentação de práticas, com a finalidade de propor inovações ao Sistema de Saúde brasileiro e, em particular, aos processos de formação para o SUS.

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz abriga um dinâmico Programa Saúde da Família, que articula assistência, pesquisa, cooperação e formação de recursos humanos para o SUS, sendo um espaço mobilizador para uma investigação. Esse trabalho propõe a reflexão sobre o processo de trabalho dos seus profissionais e suas necessidades de aprendizagem, utilizando a EP como ferramenta.

Esse foi o espaço onde se desenvolveu a presente investigação que tem como objetivo geral:

Reorganizar as práticas das equipes de Saúde da Família do CSEGSF tendo a educação permanente como ferramenta do processo de trabalho.

E como objetivos específicos:

1. Descrever a percepção que os profissionais de saúde da família têm do seu processo de trabalho;
2. Identificar os problemas do processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família do CSEGSF;
3. Identificar as necessidades de aprendizagem dos profissionais de saúde da família geradas no processo de trabalho;
4. Traçar estratégias pedagógicas para desenvolvimento de práticas educativas no trabalho em saúde, nas equipes de Saúde da Família do CSEGSF.

1. BREVE RETROSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E OS CENÁRIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

“Esquecer o passado é negar toda efetiva experiência de vida; negar o futuro é abolir a possibilidade do novo a cada instante”.

Adauto Novaes

Nos anos de 1950 e 1960 vamos encontrar diferentes movimentos no Brasil e em outros países que já apontam para a necessidade de institucionalização de processos de educação permanente. Essa demanda se expressava de diferentes formas e sem muita precisão quanto ao enfoque teórico-metodológico. Uma das vertentes abordava o desenvolvimento tecnológico, onde a produção de novas tecnologias gerava a necessidade de qualificação de pessoas que pudessem manipulá-las. Uma outra abordagem corresponde ao reconhecimento de que a formação profissional é sempre insuficiente para responder à complexidade do mundo e das situações do trabalho, o que se projeta para a necessidade de produzir conhecimento de forma permanente. Segundo Freire (1987:28) “Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando”.

Segundo Gadotti (2001), Paulo Freire propunha uma pedagogia específica, associando estudo, experiência vivida, trabalho, pedagogia e política. A partir dessa sua prática, criou o método, que o tornaria conhecido em quase todo o mundo, fundado no princípio de que o processo educacional deve partir da realidade que cerca o educando. Não basta saber ler que "Eva viu a uva", afirma Freire. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho.

Hoje muitos educadores, diante das rápidas mudanças na sociedade, da velocidade dos fenômenos no mundo das tecnologias e da economia, perguntam sobre o futuro de sua profissão e até mesmo sobre a sua sobrevivência. Aparecem então no pensamento educacional, as palavras citadas por Abbagnano e Aurélio: “projeto” político-pedagógico,

pedagogia da “esperança”, “ideal” pedagógico, “ilusão” e “utopia” pedagógica, o futuro como “possibilidade”. Fala-se muito hoje em “cenários” possíveis para a educação, portanto, em “panoramas”, representação de “paisagens”. Para se desenhar uma perspectiva é preciso “distanciamento”. É sempre um “ponto de vista”. Todas essas palavras entre aspas indicam certa direção ou, pelo menos, um horizonte em direção ao qual se caminha ou se pode caminhar. Elas designam “expectativas” e anseios que podem ser captados, capturados, sistematizados e colocados em evidência (Gadotti, 2000).

Todavia, o traço mais original da educação do século XX foi o deslocamento de enfoque do individual para o social, para o político e para o ideológico. Existem ainda muitos desníveis entre regiões e países, entre o Norte e o Sul, entre países periféricos e hegemônicos, entre países globalizadores e globalizados. Entretanto, há idéias universalmente difundidas, entre elas a de que não há idade para se educar, de que a educação se estende pela vida e que ela não é neutra (Gadotti, 2000).

As primeiras propostas de educação permanente emergem na Europa durante os primeiros anos do século XX, como: *“un proceso integral y no como una mera suma de acciones aisladas de capacitación. La educación permanente en salud, por definición, debe privilegiar el aprendizaje en los lugares de trabajo, contextualizado en los procesos que allí se realizan. Esto trae consigo la necesidad de replantear la correspondiente tecnología educativa”*. (Alvarez e Campos 1989:275).

A Educação Permanente surge também, a partir de uma crítica ao modelo de formação do ensino universitário formulada por alguns autores e por inúmeros trabalhos de análise de formação universitária. Hoje, mais que um déficit de conhecimento, há uma formação inadequada durante o processo de formação universitária reconhecido por todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 1999). Segundo Amarante (2000:4) “vivemos hoje um processo de esgotamento do modelo tradicional de formação e capacitação de recursos humanos”.

Nos anos 80, o Programa de Desarrollo de Recursos Humanos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) produziu uma série de trabalhos com orientações e reflexões que podem ser consideradas um marco teórico conceitual para programas de

educação permanente, sob o título de “Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas”, valorizando sua dimensão pedagógica e representando grande estímulo ao desenvolvimento de experiências nacionais (OPS, 1987a).

Estes documentos estão divididos nos seguintes fascículos: Proposta de Reorientação – Fundamentos, O Contexto dos Processos de Capacitação, Identificação de Necessidades de Aprendizagem, Processo Educativo, Monitoramento e Seguimento da Aprendizagem.

O conjunto de documentos apontou que as ações educativas estão estreitamente ligadas à aprendizagem e como esta, deve ser sistematizada e desenvolvida de forma permanente e em equipe. Na construção deste processo educacional utilizam-se estratégias centradas nas circunstâncias e problemas próprios do trabalho em saúde. Desta forma, o trabalho dos serviços e programas de saúde devem responder as necessidades sociais e sanitárias de um país, que por sua vez, estão intimamente ligadas as particularidades deste país, de uma sociedade e de seus elementos constitutivos (OPS, 1987a).

A educação contínua em saúde, como processo educacional permanente, deve desenvolver suas ações no âmbito do trabalho, nutrido de circunstâncias próprias do trabalho e transformar-se em um processo dinâmico que garanta não somente a obtenção de conhecimentos e hábitos científicos, mas a re-elaboração de conceitos que estabelecem outra dimensão da problemática de saúde em um contexto de causa-efeito, universalidade-particularidade, possibilidade-realidade (OPS, 1987b).

Neste tipo de processo de educação cabe sinalizar os seguintes elementos: o contexto, que constitui a base de sustentação dos objetivos do processo em questão, a identificação das necessidades de aprendizagem, que requerem ações educativas para todos os profissionais de saúde, o perfil educacional, que consiste em uma identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes que o trabalhador deve adquirir para agir da melhor forma para desempenhar sua responsabilidade social e de trabalho (OPS, 1987c).

Este processo, finalmente, articula todos estes elementos e desenvolve-se dentro de uma melhor prática profissional, ou seja, que toda ação de saúde tenha implícito em sua

natureza um componente educativo. Em um processo de educação permanente devem-se levar em conta também, os componentes de monitoramento, que implicam nos determinantes e indicadores; seguimento, que penetram na factibilidade de dar resposta correta as deficiências, desajustes e discrepâncias detectadas no processo; e, por último, no componente de administração educacional, que significa adotar as medidas necessárias para garantir o alcance dos objetivos educacionais (OPS, 1987d).

Desta forma, a OPAS sugere a educação permanente como uma proposta educativa centrada no enfrentamento dos problemas que emergem do cotidiano dos serviços de saúde, reconhecendo-a como uma eficaz ferramenta técnica e política para o desenvolvimento destes serviços. A Educação Permanente incorpora a noção do trabalho como um princípio educativo e toma o trabalhador, como eixo e o trabalho, a atenção à saúde da população e a educação dos trabalhadores, como um instrumento essencial de seu desenvolvimento (OPS, 1987e).

A OPAS realizou, também, estudos em 23 países e 155 programas que se intitulavam de Educação Permanente e foram antecipadas dificuldades para este processo como a dispersão e falta de continuidade, falta de direcionalidade, baixa cobertura territorial e entre as equipes de saúde e a falta de uma relação entre a doutrina educacional enunciada e a realidade concreta dos programas, apontando assim certa distância entre seus enunciados e a organização das suas práticas (Davini, 1995).

1.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE AO LONGO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

No Brasil, nas duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde em 1941 e 1950, respectivamente, era inconcebível a participação social nos debates sobre políticas públicas para a saúde. Nesse período, as áreas da educação e da saúde pertenciam ao mesmo Ministério e a abordagem de recursos humanos limitava-se à formação de nível superior mais centrada na figura do profissional médico. Em 1954, as áreas da educação e da saúde foram separadas em dois Ministérios.

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, o então Ministro da Saúde Wilson Fadul sugeriu uma mudança radical na maneira de encarar a saúde no Brasil. Neste momento, começava a ser discutida a municipalização dos serviços de saúde, reordenando de forma embrionária as atribuições nas três esferas de governo e demandando a preparação de pessoal de nível técnico para atender as necessidades geradas nos programas e projetos estabelecidos. No entanto, a municipalização da saúde se aprofundou no Brasil somente após a criação do SUS, alcançando uma configuração importante na década de 90 (Cesaltina, 2004).

As 4ª, 5ª, 6ª e 7ª Conferências aconteceram no período da ditadura militar e as discussões foram permeadas novamente pelo caráter técnico, apontando as necessidades de organização do trabalho para a prestação do cuidado e para as ações programáticas. Nesse contexto, os programas de saúde ganharam força. Na 4ª Conferência, tendo como tema: “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde” ressaltou-se a importância da formação de recursos humanos para o setor saúde, e o termo treinamento em serviço surge a partir das necessidades de atualização dos auxiliares, também chamados, naquela oportunidade, de “semi-médicos” (Brasil, 2005a).

“Todavia, é durante a 6ª Conferência que a educação continuada aparece de forma explícita, referindo-se à necessidade de que a carreira de sanitarista (cuja implantação foi recomendada) teria de acoplar novos conhecimentos à sua formação inicial” (Ribeiro e Motta, 1996:39).

Na 7ª Conferência, pela primeira vez, a atenção básica foi centro de discussão do setor saúde, e a educação continuada vinha relacionada a projetos de extensão de cobertura. Esse era um contexto de expansão do setor público com a incorporação das noções de atenção primária à saúde, sistema hierarquizado, dentre outros, idéias que configurariam um novo arcabouço de setor e que teria a atenção primária como porta de entrada (Brasil, 2005b).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi um marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no país. Suas recomendações de universalização, equidade e democratização, assim como de grandes questões organizativas da Saúde,

consubstanciaram-se nas propostas de origem do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse evento foi reconhecida a importância da área de recursos humanos. Pelo seu caráter estratégico para a consolidação do sistema, foi convocada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde que ocorreu no mesmo ano, configurando-se em um espaço de reflexão e proposição de políticas de recursos humanos e de atenção à saúde no Brasil. Nela são estabelecidos o conceito e os critérios gerais para programas de educação permanente, sugerindo-se também a organização de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos no âmbito dos serviços de saúde (Brasil, 1986).

Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que se realiza após a criação do SUS e a promulgação da Lei nº 8080 trouxe para os seus participantes o entendimento de que era necessário assegurar uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos. Estes participantes recomendaram a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. A intenção era aprofundar o debate e a reflexão e propor diretrizes para a política de recursos humanos para o setor saúde.

Em 1993, ocorre a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, que teve como tema central a “ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde”. Nessa oportunidade, novas formulações foram aprovadas, dentre as quais a de que “a preparação de recursos humanos em saúde implica em intensa interface com as políticas de educação, configurando a integração entre os setores de saúde e educação como princípio nuclear das políticas de preparação de recursos humanos para a saúde” e ainda, que os “serviços públicos que integram o SUS constituem um campo de prática para ensino e pesquisa” (Rede Unida, 2005a). Desta forma, os participantes da Conferência estimularam a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, entendendo que é em torno dele que se dá o processo de ensino-aprendizagem.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, propôs que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deveriam implantar escolas de formação, com autonomia, e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde. Nesta conferência, foi solicitado ao MS que apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde (Ceccim et al, 2004), e ainda consolidou propostas relativas aos trabalhadores, oriundas das conferências anteriores que

deram origem a uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para efetivar a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema (Brasil, 2005a), e que, portanto, a sua edição para o campo da gestão do trabalho traria frutos importantes aos desdobramentos de políticas e ações dessa área.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foram aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS, indicando a elaboração de um instrumento normativo que deveria ser pactuado entre os gestores do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, com perspectiva de ser implementação nas três esferas de governo.

Após três anos, realizou-se a 12ª Conferência, com ampla participação social e apoio do Ministério da Saúde. Nessa oportunidade foi garantido pelo Ministério da Saúde da época que as deliberações da Conferência seriam implementadas, tornando-se a base da política de governo para a área da Saúde. Desta forma, ficou assegurada para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a definição de políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para o SUS e a discussão dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2005a).

1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Na década de 90, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991.

Tendo em sua base os pressupostos do SUS, o PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (Brasil, 1996). É uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, tendo como objetivo reorganizar a prática da atenção à

saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Em 1994, são formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde. E em outubro de 2000 foi lançado o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal. A equipe do PSF recomendada pelo Ministério da Saúde atualmente é composta, no mínimo, por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a), um (a) odontólogo (a), um auxiliar de consultório dentário, um técnico de higiene dental, um (a) auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas (Brasil, 2000a).

O alcance e os limites desta estratégia têm alimentado discussões, cujos argumentos recuperam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde. Para acompanhar este debate, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação.

Segundo Paim (2003:86), modelo de atenção ou modelo assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”. Diante desta concepção, podemos considerar que os programas oficiais dizem que o Programa Saúde da Família é uma estratégia fundamental para reorientar o modelo assistencial, atendendo os princípios do SUS.

“A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde” (Alves, 2004:41). Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. A integralidade pressupõe uma mudança nas práticas de cuidado, criando condições para uma ação permeada pelo acolhimento e vínculo e pela percepção que o trabalho em saúde é um campo interdisciplinar de conhecimento e intersetorial de práticas. Portanto, é necessário realizar análises qualitativas do PSF, particularmente quanto às

práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos e propor formas de aperfeiçoamento. A educação permanente, ao tomar o processo de trabalho como categoria central de análise, pode se constituir em uma estratégia de mudanças nas práticas de cuidado, na direção da integralidade.

Em 1995, o Ministério da Saúde, propôs uma “Política de Recursos Humanos para o SUS” - Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde (Brasil, 1995), estimulando o “fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde”. Esta política foi definida como uma das quatro prioridades do MS, voltada ao desenvolvimento e à aplicação de metodologias educacionais, à educação continuada do pessoal dos serviços, sua qualificação, através das Escolas e Faculdades de Ciências da Saúde, as quais teriam assim espaço concreto para realização de seu compromisso com o interesse social, o que, em última instância, se refletiria no desenvolvimento do próprio ensino de graduação e na melhoria da prestação de serviços.

A política implantada desde então, reconhece a fragilidade na formação dos profissionais de saúde e a necessidade de mudanças na graduação e nos programas de requalificação profissional, reiterada em diferentes ciclos de formação nos últimos cinquenta anos no Brasil. Sendo assim, sua formulação considerou indispensável à reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e sobre uma política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, junto com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que contemplava em uma de suas modalidades o incentivo à expansão do PSF, criou, ainda em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), um projeto dinamizador para a implementação da saúde da família — os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família — cuja concepção orientadora foi a de fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes (Gil, 2005). Estes eram vinculados às instituições de ensino superior que se constituíam em espaços de articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente em saúde. O pólo se integrava com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para implementarem programas de capacitação destinados aos profissionais de saúde da família. Esta proposta

buscou incentivar a cooperação institucional como forma de favorecer a mudança na prática profissional, na gestão e no controle social, ainda que tenham trazido poucas experiências no desenvolvimento de estratégias capazes de propiciar o desenvolvimento de uma efetiva política de Educação Permanente.

Entre as ações propostas para os Pólos, a realização dos cursos introdutórios visando à capacitação das equipes na lógica do PSF foi a que predominou. O aumento acelerado do número de equipes somado à alta rotatividade dos profissionais, foi determinante para a priorização desta ação (Gil et al, 2002). Entretanto, como apenas os cursos introdutórios não eram suficientes para abarcar o espectro de atuação esperada, principalmente dos profissionais de nível superior, foram propostas outras iniciativas com o objetivo de expandir as ações de capacitação e formação dos profissionais.

Desta forma, a baixa formulação de propostas concretas sobre educação permanente e o relativo distanciamento do aparelho formador aliado à responsabilidade dos serviços de saúde na transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde, criou a demanda de formulação de uma política nacional com o objetivo de enfrentar a complexidade de problemas gerados no processo de trabalho. Esta discussão foi também estimulada pela Rede UNIDA¹, quanto à necessidade de formular uma política nacional de educação permanente.

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), em 2003, o Ministério da Saúde assumiu o papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil. E em setembro deste mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela SGTES/MS; com base na lei e na NOB - RH/SUS (Brasil, 2003).

¹ A Rede UNIDA é uma entidade que “reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal idéia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. Não se trata de qualquer parceria: trata-se de uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos” (Rede Unida, 2005b).

Esta política se expressou na adoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social no setor saúde (Brasil, 2004b). Desde então, tem sido necessário prosseguir com a formulação da política de educação permanente no Sistema Único de Saúde aprimorando sua própria concepção e desenvolvimento, ainda incipiente no Brasil. O desafio de tomá-la como eixo transformador, estratégia mobilizadora de recursos e poderes, recurso estruturante do fortalecimento do SUS tem demandado esforços das instituições formadoras e de serviços, na montagem de experiências e na aglutinação de esforços de pessoas e de instituições.

O desafio de propor uma ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implica trabalho articulado entre sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e instituições formadoras, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, como construção de educação permanente em saúde, favorecendo a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre a atenção à saúde e controle social.

A instituição da 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, deu-se em fevereiro de 2004, através da Portaria GM/MS nº198 (Anexo 1) (Brasil, 2004c).

O Ministério da Saúde propôs a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, e criou os Pólos de Educação Permanente em Saúde² (PEPS) para o SUS como instância de articulação interinstitucional (múltiplas instituições ligadas ao ensino, serviço, gestão do SUS e participação social) e locorregional/rodas de gestão (tomando por base o sistema municipal – local – de saúde, mas entendendo-o em rede de comunicação e cooperação – regional).

² São espaços destinados ao debate, problematização e priorização de ações de educação permanente, que têm como papel: identificar necessidades de formação de acordo com a situação de saúde e de organização do SUS; identificar potencialidades de cada instituição local; estabelecer prioridades para ação da Educação Permanente em Saúde na loco-região; construir em parceria com as iniciativas de formação capilarizadas, contextualizadas e transformadoras (Brasil, 2005e).

Os Pólos foram mobilizados pelo MS a elaborar projetos de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviços, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (Brasil, 2004b). Essas instâncias locais configuravam uma nova instância do SUS, como já o foram, um dia, as Comissões Locais e Interinstitucionais de Saúde, num processo de atualização importante para a renovação da gestão da educação no SUS.

Em sua proposta original, os Pólos se constituíram como mecanismos fundamentais às transformações do trabalho no setor da saúde, para que o trabalho fosse lugar de atuação técnica competente, mas, também, de ação crítica e propositiva. Com mais de 100 Pólos, por todo o país, a educação permanente em saúde foi a sua principal estratégia de ação, durante o período da instituição da portaria ao ano de 2005. (Brasil, 2005f).

Os Pólos, no entanto, tiveram problemas de várias naturezas em sua implementação, dentre as quais o despreparo dos vários atores para construir mecanismos de convivência, comunicação e pactuação, necessitando de ajustes para operar de maneira mais efetiva perante o desafio da formulação de políticas (Feuerwerker, 2005).

Partindo da idéia de reforçar a desconstrução da lógica predominante na saúde a partir do espaço da micropolítica e da organização das práticas (Merhy, 2002), conclui-se que a EPS, ao basear-se na reflexão sobre o processo de trabalho e o que precisa ser transformado, se constitui em estratégia promissora para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde (Ribeiro e Motta, 1996).

O sucesso de um programa destinado à melhoria da qualidade de vida de uma população, por melhor que seja o planejamento, depende de recursos humanos adequadamente preparados, sendo necessária a qualificação dos profissionais, para sentirem e gradualmente ajustarem seu comportamento às modificações de natureza tecnológica,

socioeconômica e cultural, exigindo uma constante revisão do seu papel como instrumento social (Volschan et al, 2002).

Neste sentido, ao permitir a convergência de interesses para o aprimoramento do modelo de Atenção à Saúde em nível local, a Educação Permanente se torna fundamental no processo de preparação de recursos humanos estratégicos para a consolidação do SUS.

Segundo Ceccim (2005:976), *“colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento”*.

O desdobramento dessa política passou por um período de revisão desde então, desembocando na Portaria GM/MS nº1996 (Anexo 2), recém editada em agosto de 2007, onde o MS dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta política implica trabalho intersetorial capaz articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social.

Com a implementação do Pacto de Gestão foi realizado um trabalho de pactuação nas diferentes instâncias da gestão federal do SUS, para a necessária adequação às diretrizes e regulamentação do Pacto pela Saúde e para a redefinição da sua operacionalização. As principais mudanças são:

- no âmbito regional, a condução desta política se dará por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) com a participação da Comissão de Integração Ensino-Serviço

- (CIES). Essa instância trabalhará com as demandas apresentadas pelo Colegiado de Gestão Regional e apoiará o desenvolvimento do plano regional de EPS;
- o financiamento da política será por meio do Bloco de Gestão do SUS instituído pelo Pacto pela Saúde, onde os gestores conhecerão antecipadamente o volume de recursos financeiros repassados pela União para o desenvolvimento da Gestão da Educação na Saúde e contarão com o repasse regular e automático, fundo a fundo, viabilizando os acordos e compromissos regionais e o planejamento a curto, médio e longo prazo;
 - o repasse dos recursos financeiros referentes ao desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estará condicionado à assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (estadual e municipal), viabilizando a transparência na gestão dos recursos recebidos, o controle e fiscalização pelo controle social e órgãos de controle externo da implementação dos Planos de Educação Permanente em Saúde (federal, estaduais e regionais) e dos gastos realizados;
 - o Ministério da Saúde oferecerá apoio técnico para a implementação das novas estratégias de implementação dessa Política e fará o seu acompanhamento a partir das responsabilidades da Educação na Saúde constantes dos Termos de Compromisso de Gestão da respectiva esfera de governo.

Reafirma-se também, na Portaria, os princípios da Educação Permanente em Saúde como norteadores para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde. Tal questão coloca em evidência a relação entre desenvolvimento organizacional e desenvolvimento individual, a capacidade pedagógica do trabalho, a formação para e no trabalho, e a necessidade de que as demandas não sejam definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, da capacidade de oferta e expertise das instituições de ensino, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no cotidiano do trabalho referente à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade.

E a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde (formação e desenvolvimento) não como uma questão simplesmente técnica, mas de natureza tecnopolítica, uma vez que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nas ações e serviços, nas organizações e nas pessoas. Implica, portanto, a necessidade de articulação

intra e interinstitucional que crie compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação.

2. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: RESPONDENDO À COMPLEXIDADE E DANDO SENTIDO ÀS INTERVENÇÕES DOS DIFERENTES CAMPOS.

“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Paulo Freire

Falar sobre o processo de trabalho em saúde remete à compreensão de que ele apresenta características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da economia. Segundo Nogueira (1997) quando se refere ao processo de trabalho em saúde três aspectos fundamentais devem ser considerados: o primeiro por se tratar de um processo de trabalho em geral, possui características comuns como outros tipos de trabalho. O segundo aspecto porque é um serviço: o da assistência à saúde. E o terceiro porque é realizado numa inter-relação pessoal muito intensa.

Evidencia-se a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população.

O trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e mais ainda, com base na relação profissional e usuário, ou seja, o consumidor contribui diretamente com o processo de trabalho e parte dele.

O trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores de saúde, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo, de encontro entre esse trabalhador e o usuário (Brasil, 2005g).

No processo de trabalho em saúde, segundo Merhy (2004:125) *“há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho. No seu interior, há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por esses agentes, que podem até mesmo coincidirem”*.

Para Souza e Santos (1993), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientado a este fim, e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde.

O debate em torno das tecnologias de trabalho em saúde se apresenta de forma mais sistemática, a partir Mendes Gonçalves (1994), quando esse definiu que tecnologias dizem respeito também ao conhecimento aplicado à saúde, e não apenas os instrumentos e maquinaria. O autor adota dois conceitos neste sentido: “tecnologias materiais” para máquinas e instrumentos, e “tecnologias não materiais”, para o conhecimento técnico.

Merhy (1997) considera ainda nos seus estudos, que há outras tecnologias presentes nos processos produtivos, que são aquelas que dizem respeito às relações, por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, ou seja, ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos. O autor vem adotar três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: “tecnologias duras”, inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já têm seus produtos programados a priori. “Tecnologias leve-duras” são as do conhecimento técnico, que têm uma parte já estruturada, e ao mesmo tempo, ao aplicar este conhecimento, o trabalhador o faz do seu jeito próprio, ou seja, esta é a parte leve, onde entra a interferência do profissional, que dá o seu tom singular. Há ainda as “tecnologias leves”, que dizem respeito às relações, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado. O mesmo autor (2002) refere ainda

que, as “tecnologias leves” compreendem as relações de produção de vínculo, autonomização e acolhimento.

Ao executar seu trabalho, os profissionais de saúde obedecem a certa disposição física, disciplinadamente organizada. Eles executam tarefas, que se presume, tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre o que uns fazem em determinado lugar, e o que os outros realizam em outros ambientes. Desta maneira, há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais, mediada pelo trabalho. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram resolver ali os seus problemas de saúde.

Dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação integrada com seus pacientes. A abordagem clínica³ supõe sujeitos às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro (Levy, 2000). O profissional depara-se com um ser pensante e igualmente desejante, assim como ele próprio o é. Nesse encontro entre dois sujeitos, o fluxo das emoções flui entre ambos, criando uma relação autêntica entre dois seres e não entre um técnico e um paciente, mediada apenas pela patologia.

É preciso também conhecer o outro, buscando a racionalidade que orienta seu pensamento e sua ação. Isso significa que as informações geradas nos serviços são resultantes das modalidades de relação que os profissionais estabelecem com os usuários, que os profissionais estabelecem entre si e com os gestores. E são estas informações que, com maior ou menor grau de aproximação, vão orientar as práticas de saúde e o desenho de práticas educativas dirigidas aos profissionais e à população. O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deverá responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde.

Ao reconstruir as práticas de saúde, é preciso entender que a saúde é um campo comprometido com várias práticas, e que segundo Campos (2003:11), “os achados

³ A palavra clínica em sua raiz primitiva significa ao “pé do leito” (Levy, 2000).

científicos têm repercussão quase que imediata sobre os modos como se lida com a saúde e com a doença”.

Construir e reconstruir através das práticas, ou seja, a partir da realidade, das demandas geradas, da oferta, gera a capacidade de aprender a lidar com as mudanças desta prática. Na realidade, o valor de uso dos saberes e práticas de saúde estão na defesa da vida das pessoas.

Quanto à relação entre práticas de saúde e o modelo assistencial, Merhy (1999) discute que o modelo assistencial cria missões diferenciadas para estabelecimentos de saúde aparentemente semelhantes, as quais se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

É importante lembrar que a organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços centrada na concepção médico-curativa tem como finalidade à cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde.

Segundo Pierantoni e Ribeiro (2001:185), *“a ampliação da compreensão dos fatores de risco na prevenção de doenças, associada aos ditames da medicina preditiva, implica claramente intervenções e negociações em outros âmbitos da vida dos pacientes – suas formas de viver, trabalhar, amar, comer – que transcendem a prescrição e a normatização de condutas clínicas medicamentosas... os pacientes passam a participar mais das decisões clínicas, a exigir informações que lhes permitam compreender os cursos de ação possíveis. Essas mudanças implicam o reconhecimento de que a um novo lugar ocupado pelo paciente, corresponde também um outro espaço para o médico: o de mediador entre saberes”*. Diante deste cenário, os profissionais de saúde e as instituições percebem que é preciso mudar as práticas educativas, as ações e os serviços de saúde.

Desde o surgimento do SUS já se pensava nas dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Ainda que tenham ocorrido grandes mudanças nas práticas de saúde, ao longo dos últimos quinze anos ainda se impõe à adoção de mecanismos de

transformação na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para promover, cuidar e acompanhar a saúde dos brasileiros. A mudança de práticas no interior do sistema de saúde é permanente e as mudanças na formação têm procurado acompanhar o dinamismo da implantação do sistema nesse período.

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde define-se como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

O objeto do trabalho em saúde é o homem e o meio ambiente com sua complexidade, e essa compreensão tem informado a organização do trabalho em saúde, tomando como referência um conceito afirmativo e amplo da saúde que inclui, além do tratamento de doenças, elementos de cura, reabilitação, prevenção e promoção; e as ações e práticas de saúde não podem somente combater as doenças, mas também promover qualidade de vida.

Consoante com essa formulação, a saúde está relacionada à melhoria das condições de vida e saúde da população encontrando no conceito de integralidade da atenção um caminho para a superação de deficiências na formação e mudanças das práticas tradicionais segmentadas.

A noção de integralidade está presente em vários níveis das discussões e das práticas na área da saúde. Ela passa pelo comportamento dos profissionais isoladamente e em equipe, pelas relações dessas equipes com a rede de serviços como um todo, pela formação dos profissionais, pelas políticas públicas e por um desenho coletivo de sistema preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas (Mattos, 2001).

Em qualquer desses significados, e em muitos outros que esse termo possa adquirir, a integralidade representa, acima de tudo, a fuga do reducionismo. E, por trás de todos esses sentidos, deve estar o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de

saúde. Segundo Henriques (2007) a integralidade do cuidado em saúde assume múltiplos sentidos e muitas vezes é difícil aprender suas manifestações cotidianas no processo de cuidar que se desenvolve na perspectiva da sua incorporação aos processos de trabalho na área da saúde e na formação para o cuidado.

A característica dos serviços na atenção básica pressupõe a divisão de trabalho a partir de duas perspectivas: a primeira, de natureza horizontal, exigida pela própria complexidade dos serviços oferecidos (unidades produtoras); e outra, vertical, necessária à subdivisão das unidades produtoras, exigindo assim, como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolubilidade das ações e a garantia da integralidade do atendimento (Souza e Santos, 1993; Nogueira, 1991).

Diferentemente do que se propaga no discurso médico hegemônico, a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutiva, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos.

Muitas vezes nos apropriamos de modelos pedagógicos dominantes já existentes para aplicação sem antes analisar as condições anteriores e atuais das diferentes situações para melhor aplicabilidade da realidade em contexto. Nesse sentido, é importante considerar que as práticas profissionais têm capacidade de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade, potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas.

Motta et al (2001:4) afirmam que: *“os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde nos últimos anos vêm redefinindo de forma dinâmica as necessidades de requalificação, impondo exercícios de revisão dos modelos de formação até então adotados, tendo os princípios e pressupostos do SUS como foco alimentador das definições metodológicas e de conteúdos dos programas de formação”*. Desta forma, as categorias trabalho e educação passam a fazer parte deste novo cenário, sendo necessário também mudar a forma de ensinar e aprender.

Com a implantação do Programa Saúde da Família, na década de 90, foi estruturada a oferta de cursos e capacitações para os profissionais que fazem parte das equipes, coerente com as propostas formuladas pelo Programa. Sua implantação mobilizou os centros formadores da área da saúde em todo o país, pela forte indução do Ministério da Saúde nessa área. Esse esforço, no entanto, não se reverteu em melhoria das práticas profissionais das equipes. Eventos, artigos, reuniões têm sido palco de avaliações que informam a necessidade de proceder a uma revisão radical na formação das equipes de Saúde da Família (Brasil, 2005c), e algumas iniciativas vêm materializando essa reformulação, principalmente na modalidade de Residência, entre eles o Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência/ENSP.

O Programa Saúde da Família é um espaço que favorece a leitura do mundo dos indivíduos pelos profissionais de saúde. Por trabalharem em suas realidades, poderão conhecer a forma como vivem, adoecem, se interagem com a família, ambiente, grupos sociais e como a cultura local influencia o seu modo de viver. Para isso é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados para respeitar esta leitura de mundo. O vínculo do profissional de saúde com os indivíduos facilita esta compreensão, possibilitando trabalhar da melhor forma com estes significados.

Segundo Campos (2003), a construção do vínculo é um recurso terapêutico⁴. Não se trata, portanto, de uma preocupação tão somente humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde.

Assim sendo, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde.

⁴ *Therapeutike* é uma palavra grega e significa *eu curo*. Terapêutica é uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (Campos, 2003).

3. PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM – EDUCAÇÃO PERMANENTE

"Talvez seja este o aprendizado mais difícil:
manter o movimento permanente, a
renovação constante, a vida vivida
como caminho e mudança".

Maria Helena Kuhner

Com relação ao processo de aprendizagem, Davini (1994:32) o define como um processo ativo do sujeito. Segundo ela, a aprendizagem não se processa em um determinado momento como um abrir e fechar os olhos; pelo contrário, requer um tempo, no qual o sujeito “investigue ativamente aplicando suas formas de conhecer e aproximando-se cada vez mais da matriz interna do assunto, em um processo de idas e vindas de reflexão e ação”.

Assim, na medida em que se concebe a aprendizagem enquanto um processo de reflexão e ação ocorre à dinâmica da aprendizagem que se apresenta como um processo de ação assimiladora e de aproximações sucessivas que sempre se inicia a partir da primeira visão que o sujeito tem do assunto, visão altamente carregada de costumes e tradições, mas nem sempre tais costumes e tradições serão eliminados durante o processo. Muitas se transformarão, enriquecidas pelo novo conteúdo a ser assimilado; outras permaneceram, na medida em que não entrem em contradição com o que foi aprendido. A visão baseada em costumes e tradições se transformará na medida em que o educando sinta necessidade, a partir de sua própria reflexão e busca ativa durante o processo (Davini, 1983).

Na saúde, temos consagrada a vivência como elemento vital para a aprendizagem. O reconhecimento de que a experiência e a prática têm um papel fundamental na aprendizagem e na produção do conhecimento, foi uma idéia discutida por Paulo Freire e por outras correntes construtivistas no campo da educação.

Segundo Freire (1971), o processo de aprendizagem ocorre a partir da apropriação do aprendido e por sua transformação em apreendido, surgindo então às condições de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas.

Em um processo de ensino-aprendizagem, quando não há diálogo com as referências das pessoas, com seus conhecimentos, adquirido de diferentes maneiras durante a vida, é muito difícil produzir uma aprendizagem que tenha sentido e que faça sentido. O fato de estabelecer um diálogo com os conhecimentos prévios no processo de ensino x aprendizagem aumenta a possibilidade das pessoas desempenharem um papel ativo e se apropriarem de novos elementos.

Davini (1994:119) destaca a implicação do sujeito na produção de mudanças, afirmando: *“se o pensamento e a ação estão conectados, se é necessário produzir mudanças nos modos de pensar e perceber que orientam as práticas, a questão de mudança subjetiva não é aleatória, são nossas teorias (como teorias internalizadas) as que determinam aquilo que vemos e são nossos modelos mentais que muitas vezes representam barreiras à aprendizagem. Não se trata de ignorar a presença da ‘realidade objetiva’, mas de reconhecer a primazia do sujeito na produção do sentido da experiência”*.

Para Furter (1974:112) *“já não é mais suficiente ‘acrescentar’ novos elementos aos programas tradicionais, completar cursos com trabalhos práticos, ou prolongar a formação escolar por estágios. O que se antevê é a possibilidade de tornar a vida humana um processo permanente de formação em que o homem, desenvolvendo-se continuamente, toma cada vez mais consciência de suas possibilidades de participação como produtor, consumidor ou utilizador; como criador ou inovador nos dinamismos sócio-econômicos que transformam o seu meio”*.

Sobre esse particular, comentam Motta et al (2001:6) que *“as distinções entre os termos continuada e permanente têm origem no que se poderia chamar de ‘matrizes de origem diversas’, ou seja, na compreensão de que esses processos possuem uma matriz histórica comum, mas originadas a partir de diferentes motivações”*. Para esse mesmo autor, a educação permanente se define *“enquanto estratégia de reestruturação dos serviços, a*

partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito da sua própria prática, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem” (Motta, 1998:33). Assim, permite que o profissional não seja simplesmente um mero receptor de conhecimentos, mas que seja capaz de refletir sobre o seu próprio trabalho, buscando soluções que possam mudar a sua prática.

Segundo Ricas (1994:33) a educação continuada “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definidas e através de metodologias tradicionais”.

Nunes (1993:45) define a educação continuada como “*alternativas educativas mais centradas no desenvolvimento de grupos de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo, em estratégias que se combinam, visando melhorar o nível de atuação dos profissionais*”.

E ao referir-se a proposta de educação permanente da OPAS, veiculadas na década de 90, a mesma autora afirma que “*as recentes propostas de educação permanente incorporam as discussões de políticas e estratégias do setor, aproximando-se do nível local, o que lhe confere maior capacidade de disseminação do seu discurso pela definição de um conteúdo próprio, e maior poder de intervenção na realidade. Essa por sua vez, a fonte geradora de conteúdos para alimentação do processo educativo*” (Nunes, 1993:47).

Para Ribeiro e Motta (1996:42), “*ao pensar os processos educativos ligados à reflexão sobre as questões do trabalho, a educação permanente circunscreve um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas, salientando como concepções distintas do trabalho em saúde se correlacionam com a forma com que se concebem a educação para este trabalho*”. Os conceitos de educação continuada e permanente, embora não sejam opostos, organizam-se de forma diferente em relação ao processo ensino/aprendizagem.

“Os programas de educação continuada ou permanente podem se constituir em atividades de maior capacidade de intervenção na realidade dos serviços, resguardados os limites da própria atividade educativa como elemento de transformação da prática” (Nunes, 1993:48).

A educação continuada poderá ser utilizada a partir das necessidades das instituições, e, portanto incluída nos processos de educação permanente. É importante ressaltar que, embora não opostos, os conceitos conferem especificidades ao processo ensino-aprendizagem, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - ASPECTOS DA EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Público	Trabalhador e sua profissão básica.	Trabalhador voltado para equipe e para a comunidade.
Inserção no mercado de trabalho	Prática individualizada e fragmentada nas profissões	Voltado para competência e organização que aprende.
Enfoque	Temas específicos das profissões	Problemas da prática, em situação.
Objetivo Principal	Atualização técnico-científico.	Transformação das práticas de trabalho (técnica e social).
Periodicidade	Pontual, para atender rotinas.	Permanente, para o enfrentamento dos problemas da prática.
Pedagogia	Modelos em que o profissional é passivo e receptivo ao conhecimento transmitido.	Modelos de aprendizagem ativa e crítico a realidade local.
Técnicas mais comuns	Aulas, conferências, palestras. Ambiente fora do local do trabalho	Avaliação e supervisão formativa e dialógica, oficinas de trabalho, análises de situação, ambientes de aprendizagem no espaço de trabalho.
Resultados	Recepção e atualização de informações e aperfeiçoamento da prática individual	Mudança institucional, saber ativo compartilhado no processo de trabalho.

FONTE: Adaptação de Márcio Almeida. Publicação: Olho Mágico, nº14, 1997.

O debate entre os dois processos tem levantado questões substantivas como: a incorporação ou atualização de conhecimentos é uma condição suficiente para a transformação das práticas institucionais? O domínio de mais informações assegura o desenvolvimento das responsabilidades dos profissionais? O conhecimento atualizado se constitui em razão suficiente para modificação dos processos de trabalho e das relações de trabalho entre os profissionais?

Buscar respostas a estes questionamentos pressupõe entender que, embora o aumento de conhecimentos contribua com o processo de aprendizagem, a prática não se faz por sua mera aplicação. É necessário levar em conta as vivências e experiências dos profissionais, a realidade local, os pacientes, e o próprio processo de trabalho, e entender que este é um processo de aprendizagem que poderá favorecer a mudança da prática no exercício do trabalho em saúde.

Várias são as possibilidades educativas que compõem um processo dessa natureza e sua escolha está condicionada à proposta pedagógica e aos resultados esperados. Em qualquer das opções pedagógicas utilizadas, é importante estruturar processos de ensino/aprendizagem coerentes com os objetos de estudo e com o processo de trabalho representativo da clientela trabalhadora.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece a partir do cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é realizada a partir dos problemas da realidade, leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm e se baseia na aprendizagem significativa⁵, ou seja, exatamente porque as vivências favorecem a aprendizagem onde todas as pessoas se inserem com seus conhecimentos prévios, adquiridos de diferentes maneiras.

A teoria da aprendizagem significativa amplia outras dimensões da aprendizagem, destacando as repercussões das experiências educativas prévias sobre a assimilação do conhecimento novo e ressaltando duas condições para a construção de significado: um conteúdo potencialmente significativo e uma atitude favorável para aprender significativamente. Assim, a aprendizagem significativa requer do aprendiz uma postura pró-ativa que favoreça o estabelecimento de relações entre o novo e os elementos já presentes em sua estrutura cognitiva. Essa estrutura representa um conjunto de esquemas de conhecimento constituído por dados, conceitos, situações, fatos, seqüência de acontecimentos, ações e seqüências de ações, que podem estar mais ou menos organizados

⁵ A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (Brasil, 2005c).

e coerentes e que permitem o estabelecimento de redes e relações de diferentes matizes de extensão e complexidade (Ausubel et al, 1980).

Quintana et al (1994:46), compreende educação permanente como “a aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho” ou ainda como “uma ferramenta privilegiada no campo organizacional que impacta sobre o processo de trabalho” e Davini (1994:139) fundamenta-se “nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho à luz de contextos específicos, onde a mudança se dá a partir de um processo crítico que é parte do próprio trabalho”. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

O principal diferencial apontado pelos autores implica a compreensão de que a atualização de conhecimentos técnicos, viabilizada pelas iniciativas de educação continuada, não é necessariamente capaz de contribuir para o equacionamento dos problemas do cuidado à saúde. Alternativamente, outras propostas educativas como a EP podem ser mais efetivas na intervenção, e cabe aos profissionais identificá-las. Prepará-los para desenvolver práticas de educação permanente, identificando problemas do trabalho para assegurar o compromisso da qualidade do cuidado às pessoas, implica colocá-los diante do mundo do trabalho.

Nesse modelo, educar é sinônimo de reconhecer conflitos através do processo de trabalho, interpretar vazios não cobertos pelas ações realizadas, considerando erros e acertos dos diversos momentos de sua realização.

A educação permanente favorece a transformação do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos profissionais e suas instituições, estimulando a produção de novos conhecimentos, gerando novos perfis de competência profissional, e, conseqüentemente, a criação de modelos de atenção a partir da prática.

Reconhece-se ser esta uma proposta educativa voltada à reflexão e intervenção sobre o processo de trabalho, de modo a aprimorar a qualidade do serviço e as condições de sua realização, como uma iniciativa de educação permanente o que significa pensar a

“educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (Rovere, 1994:64). Esta concepção nos faz perceber que a EPS não se reduz a atividades ou programas de capacitação ou formação aplicada ao setor saúde, mas pode ser “considerada como intervenção capaz de mobilizar, circular, produzir e transferir conhecimento, tecnologia, valores e sentimentos” (Rovere, 1994:65), nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população.

4. AO ENCONTRO DO OUTRO: A METODOLOGIA E OS SUJEITOS DA PESQUISA

“Para além da orelha existe um som,
à extremidade do olhar um aspecto,
às pontas dos dedos um objeto
– é para lá que eu vou”.

Clarice Lispector

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa de intervenção que, segundo Tobar, (2001:71) *“é aquela cujo principal objetivo é interferir na realidade estudada, para modificá-la. Não se satisfaz, portanto, somente em dar explicações. Distingue-se pelo seu compromisso em propor não apenas a resolução de problemas, mas também em resolvê-los efetivamente e participativamente”*.

A opção pela pesquisa qualitativa parte da compreensão de que ela trabalha com o universo de significados, símbolos lingüísticos como: metáforas e conceitos, narrativas e descrições, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos sociais (Minayo, 2004). Sendo um estudo que se propõe a trabalhar no nível das percepções e da proposição de estratégias pedagógicas, este se coloca como uma proposta qualitativa.

Triviños (1987) lembra que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Esta supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, enfatizando mais o processo do que o produto, retratando a perspectiva do participante.

A pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo, segundo Minayo (2004:105)

“fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos”.

Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Sua preocupação é de que “todo o corpo e sangue da vida real compõem o esqueleto das construções abstratas” (Malinowski, 1984 apud Minayo, 2004:105).

Segundo Minayo (2004:134), “a pesquisa qualitativa torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos”, o que se torna extremamente compatível com os objetivos desse estudo, que pretende reorganizar as práticas das equipes de Saúde da Família. Minayo também coloca como uma das motivações importantes da pesquisa qualitativa a “compreensão das relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais”. Desta maneira, aproxima-se do estudo, na medida em que este pretende estudar e resolver, de forma participativa, a relação entre a definição de demandas educacionais e o processo de trabalho vivenciado no interior da instituição.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

No contexto onde a Saúde da Família e a Educação Permanente são eixos estruturantes no cenário nacional, o presente estudo se realizou no Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/ Fiocruz.

A investigação foi realizada neste local por se tratar de um cenário de aprendizagem, que segundo Feuerwerker (2000:40) *“é um conceito amplo, que diz respeito não somente ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e o conteúdo do que se faz, diz respeito, portanto, à incorporação e a inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras”.*

Para caracterizar melhor o local do estudo foi importante revisitar a história do CSEGSF, resgatando algumas de suas atividades e propostas de trabalho.

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, foi criado em 1966 com o nome de Unidade Sanitária, posteriormente chamada de Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF) com a finalidade de oferecer práticas de ensino e pesquisa para os alunos da ENSP, realizar atividades extra-muros e prestar assistência básica aos moradores do Complexo de Manguinhos (região geográfica do seu entorno).

O Complexo de Manguinhos fica situado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, no IV Distrito Sanitário (antiga Área de Planejamento 3.1), ao longo da Estrada de Ferro da Leopoldina, ocupa uma área localizada nas X^a (Ramos) e XII^a (Inhaúma) Regiões Administrativas. É formado por doze comunidades assim distribuídas: Parque Carlos Chagas (PCC), Parque João Goulart (PJG), Parque Oswaldo Cruz (POC), Comunidade Samora Machel (SM), Comunidade Nelson Mandela (NM), Comunidade Mandela de Pedra (MP), Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2), Vila São Pedro (VSP), Vila Turismo (VT), Vila União (VU), Ex-Combatentes e Comunidade Agrícola de Higienópolis. É cortado pelos rios Faria e Jacaré, que, juntos, encontram o Canal do Cunha. Ao longo do seu trajeto, os rios são bastante poluídos, tanto por servirem de escoamento às indústrias, como por receberem dejetos das populações que vivem às suas margens. Os constantes aterros, pavimentações irregulares e demais construções contribuem para dificultar a absorção da água da chuva, facilitando inundações e desabamentos. É comum que as chuvas de verão provoquem enchentes, quando as famílias perdem suas casas e, muitas vezes, tudo o que possuem.

A área do Complexo tem aproximadamente 40 mil habitantes, possui cerca de 12.000 domicílios, ocupado por 3,7 habitantes, em média. A maior parte destes domicílios, cerca de 70%, é construída em assentamentos regulares. Os demais 30% estão construídos em áreas consideradas irregulares, provisórias ou de risco. Nesta região, é evidente o processo de crescente favelização. Há um grande número de famílias morando em situações de risco: barracos improvisados, construídos embaixo de viadutos, das linhas de alta tensão,

ao lado dos leitos dos rios e da tubulação da Adutora do Guandú (Bodstein e Zancan, 2002).

Longe de ser uma região homogênea, o Complexo possui condições de vida e configurações sociais de ocupação das áreas geográficas marcadas por expressivas diferenças e contrastes socioeconômicos. A comunidade de Mandela de Pedra é a que apresenta em seu conjunto condição de vida mais precária dentro de Manguinhos. Verifica-se neste local que quase 15% das crianças em idade entre 7 a 14 anos estão fora da escola. Quase 13% da população acima de 15 anos é analfabeta e só 2,6%, aproximadamente, possuem segundo grau completo. A taxa média de desemprego entre jovens de 15 a 24 anos chega a quase 30% em Mandela de Pedra, seguida pela de 20% no Parque João Goulart (Retratos do Rio, 2001).

Quanto à qualidade do ar, Manguinhos está localizada na segunda área mais poluída do Município. Próximo à Avenida Brasil (entrada/saída do Rio de Janeiro), Refinaria de Manguinhos, Estação de Transferência de Lixo do Caju, além de várias outras indústrias, apresenta índice diário de “partículas em suspensão” no ar com um padrão acima de 480 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, quando o aceitável seria até 240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (Bodstein e Zancan, 2001).

Desemprego, precariedade dos postos de trabalho, trabalho informal, renda per capita baixíssima, baixos indicadores de educação e saúde, analfabetismo entre adultos, presença da desnutrição, alto índice de gravidez na adolescência, péssimas condições de habitação, saneamento e ambiente, insuficiente oportunidades culturais e de lazer e a influência do tráfico de drogas, revelam a ausência ou carência de serviços dirigidos ao atendimento das necessidades essenciais. Manguinhos concentra, assim, os principais problemas tal como as grandes áreas faveladas da cidade do Rio de Janeiro (Bodstein e Zancan, 2002). Como nos mostra Zaluar (1997:31) “uma clara manifestação de injustiça distributiva se revela quando pessoas são sistematicamente excluídas dos serviços, benesses e garantias oferecidos ou assegurados pelo Estado, pensados, em geral, como direitos de cidadania”.

Em seus primeiros dez anos, as ações do CSEGSF foram norteadas por um forte programa de vigilância epidemiológica, com atividades voltadas para a prevenção de doenças. Nessa

época, a existência da parceria do Centro de Saúde com a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) privilegiou ações de controle e prevenção de endemias. Foram também realizados cursos para a formação de visitantes sanitários em paralelo com os cursos de Engenharia Sanitária e o de Saúde Pública.

Ao longo da década de 1970, o CSEGSF sofreu uma crise econômica e de identidade após o distanciamento da FSESP e a luta dos alunos, em particular dos residentes da ENSP, permitiu a continuidade de suas atividades (Giffin e Shiraiwa, 1989).

Em 1984, a Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, a partir do convênio das Ações Integradas de Saúde, criou o GEL (Grupo Executivo Local) da Área Programática 3.1 (área que inclui as Regiões Administrativas de Ramos, Penha e Ilha do Governador) e o CSEGSF, consolidando seu papel de importância no cenário institucional e nas suas relações com outras unidades da região da Leopoldina⁶, assumiu papel de destaque como integrante do grupo nas discussões de organização da rede assistencial e da participação popular (Giffin e Shiraiwa, 1989).

Em 1985, a gestão do Centro passou por grandes transformações e um marco considerado fundamental foi o convênio de co-gestão assinado entre a ENSP e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), fortalecendo as atividades assistenciais da atenção básica à saúde, investindo no seu papel educativo relacionado às práticas da atenção básica, aumentando o quadro dos profissionais, com investimento no aparelhamento diagnóstico e permitindo melhorias no espaço físico, reafirmando o seu papel de responsabilidade pela atenção básica da população do seu entorno estimada na ocasião em 35.000 habitantes distribuídos em favelas e conjuntos habitacionais populares, bem como suas relações com a autoridade sanitária municipal e de aparelho formador de recursos humanos para o sistema de saúde.

⁶ A região da Leopoldina ganhou esta denominação por ter sido, em determinado período histórico, o local de passagem de uma estrada de ferro de mesmo nome, ligando o Rio de Janeiro à cidade de Leopoldina em Minas Gerais. Localizada na parte oriental da cidade do Rio de Janeiro, próxima da Baía de Guanabara, a região da Leopoldina é formada por 17 bairros: Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Inhaúma, Jardim América, Manguinhos, Maré, Maria da Graça, Olaria, Parada de Lucas, Ramos, Tomás Coelho e Vigário Geral (Rio de Janeiro, 2007).

Esta fase marca, também, o fortalecimento do vínculo da clientela adscrita do Centro com a definição de sua área de atuação e o convênio assinado com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a colaboração técnica da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (FLASCO) para trabalhar com agentes comunitários de saúde atendendo as gestantes e crianças menores de cinco anos, em uma cobertura de 100% da população da área de atuação.

A partir do primeiro Congresso Interno da Fundação Oswaldo Cruz, em 1988, o CSEGSF passou a ter “status” de departamento com assento no Conselho Deliberativo da ENSP e a mudança para o nome atual de Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, deixando de ser um órgão de apoio à direção da ENSP e ampliando seu papel político institucional.

Em 2000, através do convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o CSEGSF consolida sua participação no SUS, com a implantação do Programa Saúde da Família. Segundo Zancan (2002:195) “a implantação do PSF Manguinhos não pode ser dissociada da estratégia de incentivo do Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica e reestruturação do modelo de atenção à saúde”.

Num primeiro momento da implantação do Programa Saúde da Família, foram contratadas duas equipes. Em 2004 foram incorporadas mais seis, totalizando oito equipes, atingindo uma cobertura de 90% da população na sua área de atuação (tabela 1), e aumentando o quadro dos trabalhadores do CSEGSF em quase 100%, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA/COMUNIDADE DO PSF-CSEGSF

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	PJG	MP	VT	POC	CHP2	PCC	SM	VSP/CAH	TOTAL
MÉDICOS	1	1	1	1	1	1	1	1	8
ENFERMEIROS	1	1	1	1	1	1	1	1	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1	1	1	1	1	1	1	1	8
ACS	6	6	6	6	6	5	5	6	46
ADQ	1	1	1	1	1	1	-	-	6
TOTAL	10	10	10	10	10	9	8	9	76

Fonte: PSF/CSEGSF

Vale ressaltar que fazem parte um coordenador das equipes, um cirurgião dentista para as equipes do POC e CHP2, um auxiliar de consultório dentário para cada duas equipes de saúde da família e um agente redutor de violência para cada quatro equipes.

A clientela do Programa Saúde da Família/CSEGSF está caracterizada na tabela a seguir:

Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ADSCRITA SEGUNDO COMUNIDADES DO PSF/CSEGSF - out./ 2007

COMUNIDADES	POPULAÇÃO	Nº. DE FAMÍLIAS
Parque João Goulart	4145	1176
Mandela de Pedra	4016	1165
Vila Turismo	4213	1293
Parque Oswaldo Cruz	3392	1018
Samora Machel	4672	1312
Parque Carlos Chagas	3840	1128
Conjunto Habitacional Proletário 2	4056	1093
Vila São Pedro e Comunidade Agrícola	3507	1130
Total	31.841	9315

Fonte: SIAB (outubro/2007)

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A definição dos sujeitos deste estudo orientou-se pelas recomendações de Minayo (2004:102) no que se refere à amplitude da amostra qualitativa. Para a autora “numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação”. Assim, “podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”.

E também de Demo (2000:42) “*quem deseja uma avaliação qualitativa não busca um fenômeno de grande porte em termos extensivos, mas prefere a aplicação a grupos*”.

menores, a comunidades pequenas, a instituições com tamanho facilmente contornável. (...) No entanto, a limitação metodológica pode ser amplamente compensada pela profundidade dos procedimentos e nisto está, na verdade, sua razão de ser”.

Os atores sociais deste estudo estão centrados em dois componentes do sistema local de saúde do Complexo de Manguinhos: o primeiro, representado pelo grupo co-gestor do Programa Saúde da Família/CSEGSF, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Fundação Oswaldo Cruz e o segundo, representado pelos profissionais de nível superior das equipes da saúde da família/CSEGSF.

No primeiro componente, o grupo selecionado a participar da investigação foi constituído por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro representados pelo supervisor operacional do Grupo de Apoio Técnico da Área Programática 3.1 (GAT) e pela supervisora técnica das equipes de saúde da família do CSEGSF, sendo que esta não compareceu ao grupo focal; e por profissionais da Fiocruz, representados pelos chefes do CSEGSF que participaram do processo de gestão das equipes de saúde da família no período de 2000 até os dias de hoje, perfazendo um total de quatro pessoas. A esse grupo, considerado gestor do processo de trabalho, foi aplicada a técnica do grupo focal.

Uma outra escolha foi o recorte pelos profissionais de nível superior. Essa equipe é constituída por médicos e enfermeiros perfazendo um total de dezesseis profissionais. Durante a investigação três profissionais desvincularam-se das equipes de saúde da família. Sendo assim, este grupo totalizou treze profissionais, com os quais foram realizadas entrevista semi-estruturada.

4.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO

No desenvolvimento deste estudo, também foi realizada análise documental, utilizando documentos existentes como referencial político institucional, permitindo uma comparação desta documentação com a prática diária das equipes de saúde da família, dentro do espaço onde essas políticas públicas são colocadas em prática e operacionalizadas. Para este fim, foram utilizados os seguintes documentos:

- Portarias e Documentos do Ministério da Saúde e de outras Secretarias Estaduais/ Municipais de Saúde do Brasil;
- Relatórios Técnicos da OPAS que abordaram a questão da Educação Permanente.
- Documentos Técnicos da FIOCRUZ e da ENSP.

A triangulação, segundo Minayo (2004:241), atua como prova eficiente de validação e consiste na “combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista através de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados”.

Outras duas questões importantes são também apontadas pela autora: a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos na investigação é fundamental e a que se refere aos instrumentos que, na pesquisa qualitativa, costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo.

- **Entrevista semi-estruturada**

Esta técnica foi escolhida para o segundo componente, ou seja, os médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família/CSEGSF. A entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para a coleta de dados. Segundo Triviños (1987:146), é *“aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”*.

Toda entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um roteiro para orientar uma “conversa com finalidade”, devendo ser este o facilitador de abertura e de aprofundamento da comunicação (Minayo et al, 1994).

Nesta investigação, o roteiro (Anexo 3) foi elaborado a partir de algumas questões que aproximam dos objetivos e das hipóteses levantadas tais como: que percepção que os profissionais de saúde da família têm sobre o seu processo de trabalho; que percepção eles têm dos processos educacionais vivenciados por eles no seu local de trabalho; e como eles

percebem isto na sua prática profissional. Foram formuladas onze questões e os temas contidos nas entrevistas analisadas neste trabalho versam sobre:

- Processo de trabalho dos profissionais de saúde da família;
- Facilidades e dificuldades do processo de trabalho das equipes de saúde da família;
- Espaço de trabalho enquanto um espaço de aprendizagem;
- Problemas de trabalho interpretados como necessidades educacionais;
- Oferta e adequação para atender às necessidades educacionais geradas no trabalho.

- **Grupo Focal**

A aplicação dos grupos focais em pesquisas mercadológicas data dos anos de 1950, mas sua utilização em pesquisas acadêmicas vem sendo explorada a partir dos anos 1980. O método do grupo focal oferece segundo Abramovay (1999:32) “vantagens estratégicas que possibilitam obter informação sobre percepções, sentimentos e atitudes do ponto de vista dos interessados, possibilitando respostas abertas, sem limitações de escolha”. Esta mesma autora ainda refere que nos grupos focais “os entrevistados falam, dividem opiniões, discutem, trazendo à tona os fatores críticos de determinada problemática, que dificilmente aparecem tanto nos questionários fechados como nas entrevistas individuais abertas”. O grupo focal, enquanto situação peculiar de produção de linguagem permite o acesso aos sentidos que os sujeitos produzem para suas experiências a partir da ótica desses sujeitos.

Para Minayo (2004:129), o grupo focal “*consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população*”. Para a autora, a técnica se ajustaria de forma adequada aos objetivos da investigação na medida em que estaria mediando representações ou percepções de diferentes atores sobre seus processos de trabalho.

O funcionamento de um grupo focal se dá a partir da delimitação da população participante que, segundo Minayo (2004) é escolhida a partir de um determinado grupo cujas idéias e

opiniões são do interesse da pesquisa. A discussão do grupo se faz com um pequeno número de informantes, e tem a presença de um animador que intervém, tentando focalizar e aprofundar a discussão. Geralmente o tempo de duração do grupo não deve ultrapassar de 1:00 a 1:30 horas.

Esta técnica foi utilizada para o primeiro componente, ou seja, os gestores do convênio entre o CSEGSF e a SMS/RJ. A escolha do tema apresentado ao grupo, ocorreu a partir de questões que, permitiram uma maior aproximação com as hipóteses e objetivos deste estudo, bem como propiciaram informações que pudessem ser cotejadas com os dados que apareçam das entrevistas dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família.

Desta forma, foi construído um roteiro (Anexo 4) no sentido de orientar o animador do grupo na condução do seguinte tema: Estratégias necessárias para melhorar o processo de trabalho das equipes da saúde da família do CSEGSF. Foram formuladas quatro questões que guiaram as discussões. As indagações contidas no roteiro do grupo focal versam sobre:

- A compreensão da Educação Permanente em Saúde;
- Dificuldades para elaborar, implantar e implementar um projeto de educação permanente;
- Identificação das necessidades educacionais das equipes de saúde da família;
- Solução dos problemas surgidos no processo de trabalho das equipes de saúde da família enquanto necessidades educacionais.

4.5 ANÁLISE DO ESTUDO

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido desenvolvidas várias técnicas de análise, mas as formas que mais se adequam à investigação qualitativa do material sobre saúde são: a análise temática e análise da enunciação. (Minayo, 2004)

Desta maneira, a opção por estas modalidades de análises foi pautada em Minayo (2004:206) que refere a análise de enunciação “numa concepção de comunicação como

processo e não como um dado estático, e do discurso como palavra em ato.” E ainda, considera que “na produção da palavra elabora-se ao mesmo tempo um sentido e operam-se transformações”.

De acordo com Bardin (1997), a análise da enunciação parte de uma concepção de discurso como palavra em ato, considera a produção da palavra como um processo. Segundo a autora *“o discurso não é transposição transparente de opiniões, de atitudes e de representações que existam de modo cabal antes da passagem à forma linguageira. O discurso não é um produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições.”* (Bardin, 1997:170).

A autora refere ainda que a análise da enunciação leva em consideração que, nas entrevistas, a produção da palavra é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação. Portanto, atenta para as condições de produção da palavra conformada pelos três pólos de um discurso - locutor, objeto do discurso e interlocutor - e apoia-se em três níveis de aproximação: as estruturas formais gramaticais, o arranjo do discurso e os elementos formais atípicos, como os silêncios, as omissões, os ilogismos; isto é, os emperramentos nos raciocínios demonstrativos.

Na análise temática, Minayo (2004) ressalta que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Enquanto Bardin (1997:105) define como tema “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo visado. Porém, há diferenças na abordagem e no tratamento dos resultados; essas

diferenças reúnem numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala e propostos.

Partindo destes princípios conceituais, na fase da análise, após a transcrição do material, as entrevistas foram lidas e escutadas individualmente na sua íntegra, pois cada entrevista é uma unidade básica, e para acompanhar os elementos atípicos e as figuras de retórica como repetições, lapsos, sons e silêncios. Durante esta fase também, foi realizada a caracterização dos sujeitos (Anexo 5) através dos dados de identificação.

Após esta etapa, o material coletado foi agrupado por questão contida no roteiro de entrevista a fim de identificar o que seria o mais significativo nos dados obtidos e quais seriam as partes principais, onde podem ser percebidas diferenças entre os dados. Por fim, foi realizada a definição de temas mais importantes (categorias empíricas), assim definidas: percepção dos trabalhadores, práticas profissionais e necessidades educacionais.

Após a transcrição das falas do grupo gestor, o material do grupo focal foi lido e escutado exaustivamente para identificar as opiniões, idéias e valores dos componentes do grupo no sentido de complementar informações sobre o tema, e pela possibilidade de comparação com o material coletado do segundo componente, ou seja, dos profissionais de saúde da família.

4.6 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

A partir das categorias empíricas construídas: percepção dos trabalhadores, práticas profissionais e necessidades educacionais, a análise e discussão dos dados foram subdivididas em cinco grandes blocos, que refletem as manifestações dos sujeitos da pesquisa cotejadas com a revisão bibliográfica sobre o tema e os documentos oficiais consultados.

Reconhecendo que a Educação Permanente tem como objeto de transformação o processo de trabalho, fez-se necessário compreender como os profissionais de saúde da família percebiam o seu trabalho em termos de ações, atividades, objetivos, e o valor que a ele atribuem em relação ao seu conjunto.

Inicialmente, foram descritas algumas características que ajudam a compreender o perfil dos entrevistados. No bloco dois, foi observada a visão que os profissionais têm do objeto e do seu processo de trabalho. No segundo enfoque estão os meios que são acionados por esses atores para intervir sobre este processo, identificando os problemas e os facilitadores do trabalho. A seguir, foram observados como os profissionais no exercício da sua prática administram as superações dos problemas.

Finalmente, foram evidenciadas as necessidades educacionais, e os espaços em que ocorrem à discussão do processo de trabalho, e a compreensão deste como espaço de aprendizagem.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado aquém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-las”

Michel Foucault

A revisão bibliográfica permitiu recuperar, através de portarias, documentos técnicos e científicos, a visão de Educação Permanente dos autores e das instituições focalizando a evolução do tema no Brasil. Foi possível observar uma implantação recente dessa política com múltiplas visões em sua tradução no cotidiano, retratadas nos depoimentos, o que representou o enriquecimento dos meus estudos e trouxe elementos importantes para os objetivos desse trabalho.

5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

A partir dos dados contidos na ficha de identificação (Anexo 3) foi obtido o perfil dos entrevistados. A amostra deste estudo foi constituída por um total de treze (13) profissionais de nível superior das equipes de saúde da família assim distribuídos: oito (8) médicos e cinco (5) enfermeiros.

Observa-se que os médicos são metade do sexo masculino e metade do sexo feminino, com idades que variam entre 26 e 58 anos, e a média do trabalho na equipe é de menos de 2 anos. Apenas um deles trabalha há seis anos, desde a implantação do Programa Saúde da Família no CSEGSF. Com relação aos enfermeiros, a maioria é do sexo feminino, com idade em torno de 30 anos e o tempo de trabalho na equipe varia entre 1 ano a 4 anos e 3 meses.

Durante o período de realização das entrevistas, foram observados aspectos que, segundo Bakhtin (1986), são inseparáveis da comunicação verbal como: comportamento, hábitos, uso, sentimentos e estilo, que constituem representações sociais.

Foi possível verificar diferentes expressões de comportamento durante as entrevistas como: timidez, insegurança, ansiedade, entre outros. Alguns entrevistados sentiram-se constrangidos pela situação e pensando muito no que iriam responder, como que tivessem que dar a “resposta certa”. Isto pode representar um ilogismo, que segundo Minayo, (2004:208) “costumam ser indicativos de uma necessidade de justificação ou de um juízo em contradição com a situação real”. Algumas falas surgiam muitas vezes, confusas, pausadas, e repetitivas, o que pode ser indicativo da importância do tema, da sua ambivalência ou da denegação enquanto tentativa de convencimento de uma idéia ou mesmo que o entrevistado estivesse ganhando tempo para aprimorar suas respostas. Outros entrevistados demonstravam tranquilidade e segurança, sendo mais reflexivos nas suas falas.

5.2 A PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS DO PROCESSO DE TRABALHO

Na visão dos entrevistados, o processo de trabalho é um processo contínuo, que envolve os profissionais de saúde e os usuários. Vale destacar a importância do usuário no trabalho em saúde, pois o mesmo participa ativamente do processo o que, segundo Nogueira (1997), é um elemento fornecedor de valores e co-participa do processo de trabalho. Desta forma, ele é o co-responsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica.

Vale destacar que 70% dos entrevistados identificaram a população como objeto de trabalho, o que nos leva a compreender que os profissionais de saúde da família têm clareza do seu papel enquanto responsáveis pela saúde da sua comunidade.

Alguns depoimentos revelam que, além da participação de diferentes atores, o processo de trabalho é visto como um processo educativo, o que demonstra um olhar avançado na compreensão do mesmo.

“Entendo como algo contínuo de um serviço com diferentes atores, diferentes ações que envolvem ensino e serviço. Tem um outro lado, tem aquele que presta o serviço e aquele que recebe esse serviço; eu acho que também participa do processo de trabalho”. (E1)

Os gestores reafirmaram a importância do processo de trabalho como processo educativo e consideraram que o programa é um espaço favorável ao processo de educação permanente.

“O processo de educação se dá dentro do ambiente de trabalho com a prática do próprio trabalho e seus recursos. O cenário do trabalho é local aonde você vai desenvolver todos os processos, as necessidades e as demandas também surgem do trabalho. É um processo contínuo, não é um processo estanque, não é um processo temático. Pode até eventualmente usar algum tema que você sinta uma necessidade específica, mas o próprio local de trabalho é quem vai dar conta do teu processo educativo”. (GF)

Os gestores ressaltaram também a importância do aprendizado no cotidiano do trabalho e nas relações com profissionais de saúde, com os profissionais de outras áreas e com a população.

Observamos, ainda, que alguns profissionais confundem processo de trabalho com rotinas das atividades do trabalho. Pelo seu caráter abstrato, esse conceito pode parecer pouco conhecido dos gestores e dos profissionais de saúde. Uma questão apontada pelos gestores é a diversa complexidade do trabalho dos profissionais em saúde da família, pois apresenta situações não específicas à saúde que fazem parte do cotidiano do trabalho de outros profissionais.

“Hoje em dia, você também tem que estar trabalhando muito na questão do cuidado porque você vai lidar com situações que você não resolve. O que muda também todo o processo de trabalho e que eu acho que é uma grande dificuldade dos clínicos. Aquela pessoa que tem múltiplos problemas, que você não tem possibilidade de resolver porque os problemas dele não estão restritos a questão específica da saúde, você precisa usar outras práticas que é totalmente diferente”. (GF)

A situação apresentada pelo grupo focal revela a necessidade de articulação da assistência a outras áreas, aproximando os profissionais de saúde na integralidade do cuidado. O cuidado também é apontado para os profissionais de saúde da família como objeto de trabalho.

Silveira Filho (2002) ressalta como a dimensão do cuidado, entendido como mais que vigiar, portanto, ampliando o conceito de vigilância à saúde, seria perceber nuances e possibilidades de cada uma das suas famílias; buscar parcerias, governamentais ou não, para superação dos problemas mais comuns; fomentar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, percebendo os problemas de saúde como resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz e reproduz no interior da sociedade.

Tal enfoque remete à necessidade de uma prática ampliada da clínica, que não interpreta apenas as questões biopsíquicas, mas que resgata valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, uma prática focada no sujeito onde inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Portanto, o cuidado não se reduz ao tratamento mas, a necessidade de ter atitudes relacionadas a outras formas do trabalho em saúde.

A partir da revisão bibliográfica realizada, observa-se que no Programa Saúde da Família, é fundamental definir linhas de cuidado com a criação de fluxos que viabilizem ações resolutivas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes.

Na percepção dos profissionais de saúde da família sobre o processo de trabalho em saúde, um dos maiores desafios na construção da atenção integral à saúde da população é integrar ações de assistência e ações coletivas, através do trabalho em equipe e das relações entre eles e os usuários. A Educação Permanente, neste sentido, pode contribuir aproximando os diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho das equipes, permitindo, desta forma, troca de saberes e informações entre os diferentes atores. Essa aproximação propicia melhor compreensão sobre o trabalho baseado em diferentes núcleos de saber, facilitando a conformação de um campo em que os profissionais elaborem seus projetos de cuidado a partir de uma compreensão ampliada das atribuições específicas, e daquelas comuns a todos os membros da equipe.

5.3 CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Neste bloco expressam-se os meios de trabalho, as facilidades e os problemas identificados pelos profissionais de saúde da família. Foi observado que grande parte dos profissionais desconhecia os meios de trabalho, confundindo com as atividades de: consultas, grupos educativos, visitas domiciliares e parcerias.

Por outro lado, outros profissionais apontaram o uso de diferentes tipos de tecnologias como meios para a aplicação do bem estar físico e mental das pessoas. Conforme citado por Merhy (1997), no capítulo 3, as tecnologias podem ser denominadas em três categorias: “tecnologias duras” são relacionadas com as máquinas e instrumentos que estão programadas para a produção de certos produtos; “tecnologias leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, e uma leve, que é a forma como o trabalhador a aplica; e “tecnologias leves” que dizem respeito às relações fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por certa intencionalidade vinculado ao campo cuidador, ou seja, a sua subjetividade.

No depoimento que se segue, fica clara a existência da adequada conformação dos diferentes tipos de tecnologias para que, na reformulação do processo de trabalho, as transformações ocorram de forma harmônica e sistemática com os interesses dos usuários e dos serviços.

“Os meios que eu utilizo... primeiramente conhecimento técnico, desde a aquisição do conhecimento, o treinamento, as reciclagens. A interação com os meus colegas, troca de experiências, conselhos com outras especialidades. E até com categorias profissionais diferentes também. Talvez até uso de internet, multimídia. E também o usuário, o indivíduo, a satisfação dele ou não, as pertinências, as reclamações, enfim, isso também faz com que eu vá mudando também minhas práticas e tentando ajustar com coerência”.
(E2)

Quando pensamos na assistência à saúde, segundo Mendes-Gonçalves (1994), a formulação é simples, a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia

transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Pelas leituras efetuadas, consideramos que a direção inversa também é verdadeira, que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determinam limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Neste sentido, nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido como conhecimento técnico. Precisamos estar atentos para o fato de que quando estamos lidando com a saúde de outras pessoas, os profissionais não podem ser simples aplicadores de conhecimentos.

Por outro lado, quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento e o vínculo), a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura, e isso nos aponta que a adoção de tecnologias leves enriquece as relações. Nessa dimensão os profissionais são, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos do trabalho.

Alguns depoimentos referem o uso das tecnologias leves, identificando-as como o grande foco do seu trabalho.

“O acolhimento, vínculo, a equipe como um todo eu acho que é isso, vínculo com a comunidade, com a equipe”. (E4)

“Eu acho que no PSF a maior tecnologia é o calor humano. Pelo menos na minha prática eu uso muito a escuta. Eu escuto muito o que o doente... o que o cliente, ou o paciente vem te trazer. Porque como a gente acaba tendo um envolvimento maior com cada um por conta de você ir na casa da pessoa, aí você acaba criando um vínculo, a pessoa te vê com outro olhar diferente daquele profissional que também está no centro de saúde, mas não vai até a casa dele, para o usuário essa coisa do Saúde da Família ir até a casa dele quando ele está impossibilitado de comparecer por meios próprios à unidade de saúde, quer dizer, eu acho que é um diferencial que a gente tem. Um diferencial que a gente tem, porque o cliente se sente valorizado, ele sente que ele é importante para aquele profissional”. (E13)

Podemos observar que existem profissionais com facilidade para conversar, para se relacionar com os usuários; com maior ou menor habilidade para atender e escutar pessoas. As diferentes práticas profissionais também estão relacionadas às possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário e fazer deste momento um crescimento do processo de trabalho.

Para Campos (2003:68), *“a constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro”*.

O Ministério da Saúde (2004) define o acolhimento como *“uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um método de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica em prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos”* (Brasil, 2004d:5).

Estes conceitos nos chamam a atenção para a valorização do usuário e para a importância de construir uma relação profissional pautada na responsabilidade e no compromisso com a população.

Para os profissionais de saúde da família, a condição para a construção do vínculo está na capacidade da equipe responsabilizar-se pela atenção à saúde dos que vivem em um dado território; encarregando-se de cada caso específico, seja em razão de doenças ou de outros

fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas. Ao estabelecer esta relação com a população e os indivíduos, os profissionais de saúde devem ampliar os meios de trabalho como: modificar a escuta, o acolhimento; como mais que uma recepção, pode e deve perpassar todo e qualquer momento do trabalho em saúde, a intervenção terapêutica, utilizando medidas de prevenção e promoção da saúde e possibilitando espaços de educação em saúde para construção de novos hábitos. Estas são questões importantes que exigem mudança de postura de todos os profissionais de saúde (Campos, 2003).

Ao analisarmos os depoimentos dos entrevistados observamos que vários temas são apontados como facilitadores do processo de trabalho tanto como problemas no trabalho.

Para os profissionais de saúde da família, o trabalho em equipe foi identificado como facilitador do processo e como temática central para a problematização das práticas dos mesmos.

Peduzzi (2001) discute a diversidade das concepções de trabalho em equipe, apresentando duas concepções básicas e distintas: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre pessoas, relações e práticas. A primeira é caracterizada pela fragmentação das ações e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição. Esta última estaria consoante com a proposta da integralidade das ações de saúde e a necessidade contemporânea de composição dos saberes e trabalhos especializados.

Emergem no debate em torno deste tema, dentre outros aspectos, alguns relacionados às relações interpessoais, conflitos, diferenças de comportamentos, bem como as especificidades das práticas profissionais. Então, a equipe é um tecido de relações: presentes e passadas, de poderes e de saberes, de classes sociais, de afetos. Relações entre diferentes trabalhadores, permeadas pelas relações entre trabalhadores e os usuários (Brasil, 2005g). Tais dimensões são ilustrativas nos depoimentos a seguir:

“O que facilita são pessoas empenhadas, pessoas que discutem o seu processo de trabalho, a todo momento, não tomam decisões importantes, que inclusive diz respeito

ao usuário e a equipe sozinhos, que eles trabalham com essa questão da coletividade já que é uma equipe.” (E1)

“A personalidade das pessoas. Tem algumas pessoas que têm mais facilidade em receber críticas e tem outros que não, que a gente pede uma coisinha, ou quer tentar entrar naquele assunto, mas é recebido com muito... Já leva para o lado pessoal, fica ofendido. Então isso é muito difícil. A gente tenta mostrar que a gente está aqui não para ser amigo. Primeiro a gente tem que.. Nós somos profissionais e se a gente se der bem, formos parecidos nós seremos amigos, mas não necessariamente tem que ser. Nós somos profissionais, cada um com a sua responsabilidade”. (E3)

Os profissionais de saúde da família entrevistados sinalizam que as relações interpessoais, quando harmônicas, com bom entrosamento dos profissionais, facilitam o processo de trabalho, mas que os conflitos e as diferenças de comportamentos podem interferir, tornando-se um problema. O profissionalismo é apontado no depoimento acima, como possibilidade de solução.

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal robusta, mas os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe (Nogueira, 2000). Segundo Seijo (2003) *“o conflito surge quando há a necessidade de escolha entre situações que podem ser consideradas incompatíveis. Todas as situações de conflito são antagônicas e perturbam a ação ou a tomada de decisão por parte da pessoa ou de grupos. Trata-se de um fenômeno subjetivo, muitas vezes inconsciente ou de difícil percepção”*.

Na visão dos entrevistados, relações conflituosas no interior da equipe ainda dificultam a interação e o estabelecimento de consensos e projetos em comum. Para eles, os conflitos nas equipes de saúde precisam ser enfrentados, discutidos, expostos, para que haja a possibilidade de mudança, movendo-os do lugar da conservação para o lugar da transformação. Para eles, esta transformação que vai gerar a aprendizagem, é capaz de superar estes momentos através da troca de idéias, respeito, compreensão e decisões.

Sobressaem também, em suas constatações, o espaço físico como um elemento gerador de dificuldade para o exercício das atividades dos profissionais.

“Um outro limitador importante é a questão do espaço físico. A gente tem no centro de saúde aí uma dificuldade em relação à estrutura física. Faltam algumas salas para atendimento. A disputa de salas entre a equipe e profissionais de primeira referência é intensa”. (E6)

Esta questão é abordada também pelos gestores que consideram possibilidade deste aspecto dificultar a organização do processo de trabalho, colocando em risco os princípios do Programa Saúde da Família.

“Eu acho que dificultou muito não ter espaço, as equipes ficam meio que perdidas aqui dentro, sem ter muito a sua área delimitada. Aí acaba tendo que se organizar o processo de trabalho que talvez não atendam aos princípios da Saúde da Família”. (GF)

As equipes de saúde da família não possuem módulos próprios dentro das comunidades, eles utilizam o espaço do CSEGSF junto com os profissionais da própria instituição. Tal situação tem gerado dificuldades para a realização das atividades das equipes, como: a falta de salas para os atendimentos e reuniões, falta de espaço apropriado para realizar o acolhimento da população, que ao chegar no centro de saúde, fica “perdida” sem saber onde encontrar os componentes de sua equipe de referência.

O Ministério da Saúde (2000) recomenda que para um funcionamento ideal das ações realizadas pelas equipes de saúde da família sejam inseridas no máximo três equipes dentro de um módulo, pois a presença de até três equipes pode favorecer a troca de experiências contribuir para um melhor aproveitamento da estrutura oferecida. Contudo, a falta de um espaço físico adequado pode prejudicar a organização do processo de trabalho. *“(...) o número ideal de equipes numa USF varia de acordo com a população a ser atendida. Num bairro urbano ou vila de periferia onde reside muita gente, é o caso de funcionarem duas ou três equipes. Desde que o imóvel utilizado tenha espaço para todas. Se não*

houver espaço suficiente, a melhor solução é providenciar outra USF que possa abrigar outras ESF” (Brasil, 2000b:66).

Por outro lado, os profissionais referem que o fato de estarem dentro de uma instituição de ensino e pesquisa é um aspecto positivo, devido à facilidade em acessar informações e buscar serviços que geralmente não encontrariam nas unidades básicas de saúde da família.

Observa-se que no Programa Saúde da Família, o trabalho em saúde é bastante complexo e difícil, isto porque exige constante integração dos profissionais, depende do trabalho em equipe e particularmente da interação interdisciplinar entre as distintas formas de prática clínica existentes. As dificuldades das equipes em construir sua grupalidade e assumirem sua condição de sujeitos neste processo levam a permanecerem aprisionados ao dia a dia do trabalho sem conseguir analisar e repensar as suas práticas (Campos, 2003).

A revisão de literatura aponta que estruturar serviços com base em equipes de saúde significa questionar a rígida divisão técnica e social do trabalho, avançando na responsabilização conjunta pelos problemas identificados, superando a indiferença burocrática dos serviços públicos de saúde. O crescimento da equipe vai se dar justamente quando os profissionais de saúde da família expressarem suas diferentes opiniões e idéias, de forma democrática promovendo mudanças no seu processo de trabalho.

5.4. SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS

Neste bloco, observamos como os profissionais de saúde da família no exercício da sua prática administram as superações dos problemas. Vale ressaltar que as portarias ministeriais, por terem uma amplitude nacional, não detalham este nível de colaboração das práticas dos profissionais, portanto, é da prática que devem nascer dispositivos para a superação dos problemas.

A partir do cotidiano do Programa Saúde da Família, procuramos compreender quais seriam as habilidades que contribuiriam para a resolução dos problemas. Os depoimentos revelam que a capacidade de dialogar é fundamental para compreender a natureza dos problemas, na equipe ou com os usuários. Segundo Mariotti (2002:1) *“o diálogo é uma*

reflexão conjunta, observação cooperativa da experiência; é uma metodologia de conversação que visa melhorar a comunicação entre as pessoas e a produção de idéias novas e significados compartilhados. Ou, posto de outra forma, é uma metodologia que permite que as pessoas pensem juntas e compartilhem os dados que surgem desta interação sem procurar analisá-los ou julgá-los de imediato”.

No depoimento que se segue é possível observar uma associação entre diálogo e sensibilidade, permitindo ao entrevistado analisar o problema e compreender uma situação complexa com um dos membros da equipe.

“Com muito diálogo e paciência. Por exemplo, o agente comunitário não está conseguindo alcançar a meta de visitas, de acompanhamentos, a gente chega para conversar, para perguntar se está havendo algum problema particular que está interferindo, às vezes acontece de estar com um problema particular. Agora mesmo esse mês, uma agente comunitária minha teve uma baixa produção, mas eu sei que foi por conta dela ter perdido o pai. O pai foi assassinado. Então a gente também tem que compreender essas circunstâncias, então o diálogo, a conversa, de tentar entender porque e ver aonde que a gente pode estar agindo para corrigir”. (E13)

Nesse caso, a análise da produção foi um instrumento fundamental, mas adquiriu significado quando o entrevistado buscou o diálogo como forma de compreensão dos fenômenos do trabalho, abrindo espaço para o entendimento da complexidade da situação e da possibilidade de apoio ao colega de equipe.

É importante enfatizar que, nesse caso, o profissional teve sensibilidade, escutou o outro evitando a postura distante e impessoal, concordando com os autores que consideram que a transformação das práticas de saúde está relacionada à mudança nas relações de trabalho da equipe de saúde da família. Desta forma, talvez o profissional consiga expor, clara e diretamente também ao usuário, as possibilidades e os limites de intervenção e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.

Foi também possível observar nos depoimentos, a capacidade de negociar e de pactuar, seja na equipe ou com a população no momento de resolver problemas, aproximando-se do que afirma Peduzzi de que a articulação ocorre no trabalho com o outro e por meio de consensos, que pressupõe sujeitos em inter-relação (Peduzzi, 2001). Esses espaços constituem-se cada um deles em espaços de inter-relacionamentos distintos que, conseqüentemente, produzem aprendizagens distintas.

“Às vezes quando há aquele incômodo por parte da população ou pelo membro da outra equipe ou da mesma equipe, a gente tenta resolver o problema para melhorar o processo de trabalho, aí sim a gente negocia”. (E3)

Entretanto, os profissionais relatam que em determinados momentos apresentam dúvidas durante o exercício da sua atividade. Para Stedile (2000:84) é extremamente importante criar ambientes de “aprendizagem que privilegiem a problematização e a dúvida” para facilitar e aumentar “a percepção quanto à complexidade dos problemas de saúde, suas variáveis” e seus determinantes. Esses questionamentos promovem um importante momento para o diálogo e a construção do conhecimento abrindo espaço para a adoção de práticas de supervisão no interior do programa.

Os entrevistados revelam que buscam solucionar os problemas nas reuniões ampliadas de equipe. Referem ainda que ao resolver os problemas em conjunto, todos são comprometidos com a tomada de decisão; ao compartilharem idéias, saberes, experiências e escutarem uns aos outros, o processo torna-se rico e participativo tornando-se um processo educativo.

“Eu acredito que se a equipe identifica alguma coisa como problema e se a equipe não tem capacidade para lidar com aquele problema. Então o fato de lidar com o problema, descobrir como lidar com ele, como solucionar, como pensar sobre isso é um processo de aprendizado, sem dúvida. Sempre que a equipe consegue passar por isso de identificar um problema e dar um caminho para isso, mesmo que não seja resolução 100%, mas dá um caminho, consegue enfrentar o problema a equipe aprendeu alguma coisa, com certeza.

Nem que seja aprender a trabalhar junto, planejar junto. Sempre tem algum aprendizado”. (E11)

“Geralmente os problemas... A gente tenta resolver em conjunto, de uma melhor forma. De maneira que todos possam ter acesso àquela resolução e decisão para beneficiar a maior parte possível, terem compromisso de respeitar a decisão”. (E1)

Por outro lado, esta questão não aparece no grupo focal, revelando que o grupo não valorizou algo a ser superado, o que indica o desconhecimento do grupo em relação ao problema.

Na visão dos profissionais de saúde da família, os espaços de trabalho constituem-se em espaços de importância na produção de inovações e de transformação das práticas. A necessidade de dar respostas aos problemas surge na busca e na construção do conhecimento pelos profissionais de saúde da família. A educação permanente pode favorecer esse processo de aprendizagem, tendo como eixo central o trabalho cotidiano, exercendo a compreensão crítica da realidade e necessariamente de natureza participativa, buscando como resultado: mudança institucional, apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe.

Ainda, com relação aos problemas de trabalho, todos os profissionais de saúde da família, quando indagados, afirmaram que os mesmos podem ser interpretados como necessidades educacionais, vinculando necessariamente os seus conteúdos às práticas pedagógicas.

Os profissionais apontam que os problemas que não são resolvidos no processo de trabalho, eles buscam solucionar consultando outros profissionais, pesquisando ou buscando qualificação para suprir tal necessidade. Os entrevistados revelam ainda que são oferecidos cursos/capacitações pelos dirigentes/coordenadores em vários momentos, nas áreas de saúde da criança, saúde da mulher, sistema de informações da atenção básica (SIAB), doenças crônicas degenerativas, tuberculose, entre outros.

Em relação ao processo de formação, os pólos de saúde da família realizaram cursos introdutórios, capacitações no SIAB e na Atenção Integral às Doenças Próprias da Infância - AIDPI (Gil, 2005). Neste sentido, os pólos ofereceram uma qualificação para os profissionais do programa.

“Assim, já tem acontecido vários momentos em que nós fomos para cursos, mas geralmente aquela velha história, vai fazer uma capacitação sobre isso. Alguém lá em cima escolheu, não que eu tenha essa necessidade, a gente vai, aprende, é positivo sim, mas seria melhor que fosse algo da nossa demanda”. (E3)

No depoimento acima fica claro que os cursos e /ou capacitações que são oferecidos pelos dirigentes nem sempre eles surgem da demanda do trabalho. Provavelmente, essa concentração de poder dos dirigentes, no sentido da definição de demandas, seja o responsável por uma característica que já aparece nesse momento das falas: a discordância entre o que se aprende e as reais possibilidades de utilização do conhecimento adquirido no cotidiano dos serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais não mencionam as áreas que necessitam de qualificação e referem ainda que não são ouvidos pelos dirigentes.

“Não é nada adequado à realidade do trabalho. Primeiro ponto: o profissional sabe melhor do que ninguém onde estão as suas deficiências e aonde ele precisa melhorar. É uma tendência de todos os profissionais tentarem suprir suas dificuldades no dia a dia, ou seja, para oferecer um melhor atendimento, ou seja, para oferecer um melhor serviço, ou seja, para que ele tenha uma facilidade de melhor desempenhar suas funções. Agora, isso no geral é muito pouco considerado”. (E6)

“Porque o que a gente recebe são pacotes. Eu já tenho experiência de outros lugares. Por exemplo, o introdutório eu fiz seis vezes. (risos) A mesma capacitação de hipertensão que não condiz com a realidade, a prática, já fiz sei lá quantas vezes. Pés diabéticos, não sei mais quantas vezes. Nem sequer eu tinha um pé diabético na minha área, nunca tive”. (E1)

Para o Ministério da Saúde os processos de capacitação devem adotar metodologias interativas, articuladas com o processo de trabalho (Brasil, 2005g). Os dirigentes por sua

vez, também referem que são “atropelados” pelo sistema que impõem uma estrutura verticalizada de conhecimento.

“Agora nós somos atropelados pela educação continuada a todo instante. Quer dizer, ao mesmo tempo em que a gente discute e planeja um processo, vem [nível central] e diz assim: “oh, semana que vem queremos 30, 15 médicos e 15 enfermeiros para fazer treinamento de hanseníase”. Aí daqui a pouco chama para o teste do pezinho, uma coisa que nem está estruturada vai...” (GF)

A discordância revelada pelos depoimentos pode estar relacionada a certo caráter arbitrário na definição de demandas. Não é o caso de desqualificar as instâncias centrais no seu papel de definidora de políticas de investimentos, na sua competência de definir certas prioridades políticas, mas sim de incorporar às suas propostas, mecanismos que possibilitem construir estratégias que permitam identificar demandas mais horizontais que, em última instância, pressupõem uma maior afinidade com os problemas gerados pelo próprio trabalho.

A visão dos profissionais de saúde da família revela um certo conformismo com a situação, portanto não passível de discussão. Não foram mencionados questionamentos à possível adequação das propostas educativas ao perfil dos trabalhos desenvolvidos pelo serviço, ou às necessidades demandadas pelo mesmo. Essa ausência de questionamentos pode ser um indicativo de uma visão dos profissionais de que o seu trabalho carece de visibilidade real, distanciando-se da possibilidade de traduzir problemas em necessidades.

5.5 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

Este tópico diz respeito à discussão do processo de trabalho, às necessidades educacionais e ao espaço de trabalho como espaço de aprendizagem.

Os profissionais de saúde da família revelam nos seus depoimentos que a discussão do processo de trabalho ocorre no cotidiano do trabalho, com a equipe, outros profissionais do CSEGSEF, os usuários e nas reuniões de equipe. Vale destacar que as discussões ocorrem ainda de forma desestruturada durante o processo de trabalho, ainda que existam metas

estabelecidas para o programa no CSEGSF, e as reuniões de equipe incluem a participação de todos os componentes, entretanto as reuniões são mais de caráter informativo, não evoluindo para discussão de projetos e/ou temas pertinentes ao programa.

Vale ressaltar que 100% dos profissionais afirmaram que discutem o processo de trabalho com a equipe. Para Peduzzi (2001), no trabalho em equipe ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão, onde conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. Nesse sentido, podemos considerar que a importância do trabalho em equipe para os entrevistados se constitui em uma prática onde a comunicação entre os profissionais pode fazer parte do cotidiano do trabalho, no qual eles operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem.

Os entrevistados apontaram ainda que nas discussões do processo de trabalho surgem em momentos de troca, conversas entre os profissionais gerando um processo de aprendizado. Merhy (2004:172) aponta para *“a necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobra: educação e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado”*. Desta forma o que é necessário é exercer educação e trabalho em saúde de forma articulada.

“Quando estou trabalhando e atendendo, aquilo me estimula a estar estudando mais. Eu tenho uma aprendizagem na prática, até com o outro, mas a troca, a minha dúvida, a troca com o colega, com o amigo me faz também ir mais a fundo, estudar mais aquele caso, o assunto. E a gente está sempre trocando, até mesmo a informação com o paciente. E acredito que a aprendizagem para mim é constante”. (E2)

Observamos no depoimento acima que é fundamental criar o hábito de refletir sobre as aprendizagens da prática, para que estas possam ser compartilhadas e tornadas explícitas. Neste sentido, a partir do depoimento e da revisão bibliográfica podemos considerar que o trabalho, enquanto espaço de prática é, um espaço de aprendizagem.

Quando indagados sobre o espaço de trabalho, 100% dos entrevistados afirmaram ser um espaço de aprendizagem. Segundo Fagundes (2004:107) “os espaços não são mais somente de ensino ou de trabalho, em ambos os espaços se articulam intencionalmente processos de aprendizagem”. No depoimento abaixo, fica evidente a percepção do espaço de trabalho como espaço de aprendizagem.

“Quando eu converso com outros colegas e converso com enfermeiros e vejo coisas que eu não vi porque eles estão trabalhando em outros lugares e trazem a experiência deles, quando tem um ACS conversando o que aconteceu lá na comunidade dele, quando tem gente do povo sentado conversando e a gente vai medir pressão ou vai fazer algum grupo e eles puxam uma conversa diferente de coisas assim do dia a dia, entendeu? Ali também eu aprendo, aprendo com eles e aprendo com todo mundo, eu acho que é uma aprendizagem completa a vida toda”. (E8)

Para os profissionais de saúde da família entrevistados, o espaço de trabalho é um local de aprendizado constante, onde eles podem buscar e produzir novos conhecimentos através de múltiplos interlocutores, inclusive o paciente.

Considerando os depoimentos e a revisão bibliográfica, podemos dizer que o espaço de trabalho é um espaço de aprendizagem e que os problemas do trabalho podem ser interpretados como necessidades educacionais que são ou podem ser transformados em processos educativos.

Em suas falas, os entrevistados evidenciaram que as necessidades educacionais surgem na ausência de conhecimento técnico, na busca de atualização de conhecimento, na dúvida em relação a algo e na necessidade de um processo de educação permanente. Por outro lado, observamos através dos depoimentos abaixo que os entrevistados procuram suprir estas necessidades, buscando informações e conhecimentos isoladamente ou ainda com outros profissionais do CSEGSF ou da equipe.

“Bom, pessoalmente eu tenho ido ao site do Ministério da Saúde para buscar os protocolos, e pegando material, livro, enfim desde que eu comecei aqui eu tive que

retomar alguns conceitos que eu não via desde a faculdade. Então tive que voltar a estudar, pegar algumas coisas das mais modernas inclusive”. (E2)

*“Eu procuro mesmo sentar e estudar. Eu tiro dúvida com os profissionais. Isso é até uma coisa que é uma vantagem que a gente poder sentar com profissionais de várias áreas para estar conversando e tirando dúvidas. E na equipe também a gente procura conversar, por exemplo: “Ah, está tendo muitos casos de tuberculose”. “Mas o que é tuberculose?””
“Como é que a gente pode estar trabalhando com esta questão”. (E7)*

Os depoimentos apontam para certa aproximação com a concepção de educação permanente em saúde, preconizada pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Sob essa perspectiva, transformar as práticas de saúde requer dialogar e problematizar os aspectos cotidianos da prática dos serviços, construindo uma relação indissociável entre educação e trabalho.

A educação permanente em saúde consiste em uma proposta inovadora e com finalidade estratégica para a contribuição na transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde na organização de serviços (Brasil, 2004e). No entanto, a sua prática no interior do sistema de saúde ainda se dá de forma incipiente, pouco estruturada, permeável, portanto, a processos inovadores e problematizadores das práticas existentes, passível de diálogos com teorias que contribuam para conferir consistência e um certo grau de estruturação, que não se mostra de forma clara na fala dos entrevistados.

Alguns gestores reafirmaram também esta aproximação com algumas ações da concepção de educação permanente preconizadas pelo Ministério da Saúde, como ilustra o depoimento a seguir:

“No programa Saúde da Família a gente [gestores da CAP 3.1] tem algumas ações da educação permanente, que a gente entende que seja realmente educação permanente (...) Tem um grupo muito interessante que é o grupo de práticas que a gente discute todo mês as práticas da equipe a partir das necessidades trazidas pela equipe. Então tem assuntos diversos, geralmente são os assuntos que estão mais em pauta”. (GF)

Dessa forma, entendemos que as práticas pedagógicas estão diretamente relacionadas à singularidade dos casos, dos profissionais e das equipes, constituindo-se em processos educativos que nascem articulados a determinados diagnósticos coletivos sobre o processo de trabalho. Avanços nesta direção serão mais expressivos na medida em que os profissionais de saúde da família se percebam e sejam tratados como sujeitos do processo de reconstrução e reformulação do modelo de atenção à saúde e que sejam adotados métodos e técnicas pertinentes a uma maior estruturação do programa, que por sua vez, será mediado por essas práticas. Comprometer o profissional de saúde da família com a busca de soluções para os problemas, implica em negociação, articulação, em relações mais horizontalizadas em que o processo de trabalho leve em conta os interesses, necessidades e potencialidades de cada um e do programa, que por sua vez deverão considerar os interesses e as necessidades da sociedade. Desse modo, a contribuição para a aprendizagem da equipe poderá surgir a partir de um processo de sensibilização com os profissionais de saúde que participam diretamente destas atividades, tendo em vista ainda que a continuidade será um fator preponderante para o sucesso e o aperfeiçoamento dessas práticas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho buscou estudar os elementos relacionados à articulação entre a educação permanente e a gestão do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família do CSEGSF, no sentido de reorganizar as práticas de saúde, reforçando vínculos com a população e traçando estratégias pedagógicas para o desenvolvimento dessas práticas.

Discorremos sobre cenários históricos que ajudaram a compreender a conformação da Política Ministerial de Educação Permanente. Abordamos a percepção geral dos profissionais de saúde da família do trabalho em saúde, incluída aí a definição dos seus objetivos. Descrevemos as percepções dos membros da equipe sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, e como essa percepção pode estar delimitando a educação permanente. A partir do cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, procuramos compreender como se constroem os problemas de trabalho e quais são os elementos que propiciam sua visualização. Ao mesmo tempo, tentamos compreender as estratégias utilizadas por esses profissionais no sentido do seu enfrentamento, determinando assim possibilidades ou obstáculos no processo de educação permanente. Identificamos as necessidades de aprendizagem dos profissionais geradas no processo de trabalho, a partir do surgimento de demandas educativas e sua construção enquanto proposta de resolução para os problemas do trabalho, e sua conseqüente relação com a interpretação dos gestores na perspectiva de adequação ou não, as necessidades de saúde e de assistência à saúde.

Revisamos diferentes documentos que abordam o tema do ponto de vista governamental e outros publicados sobre organizações como a OPAS, relacionando-os com as diferentes concepções e compreensão deste processo. Foi importante, nesse caminho, perceber os aspectos que fazem uma opção política enfrentar dificuldades na sua operacionalização.

Como mencionado, há transformações fundamentais ocorrendo no mundo do trabalho, que desencadeiam inovações intensas. Estas transformações demandam dos profissionais, a capacidade de auto organizar-se, no sentido de adquirir novas habilidades e conhecimentos. Serem capazes de transformar o aprendizado em fator competitivo, para

adaptarem-se às rápidas mudanças e enfrentar situações que acontecem no mundo globalizado. As mudanças que vêm ocorrendo em alguns países reconhecem que a inovação é um processo de aprendizado interativo e que é fundamental que existam articulações entre os diferentes agentes. Nesse contexto, é necessário investir na qualificação de recursos humanos, o que tornará possível gerar novos conhecimentos. O aprendizado é importante tanto para adaptar-se às rápidas mudanças no mercado, como também para transformar inovações em produtos, processos e em formas organizacionais.

A partir da análise dos resultados e das minhas leituras, fiz a opção de construir uma proposta de reorganização das práticas para as equipes de saúde da família, buscando na proposta de equipes matriciais; o modelo citado por Gastão Wagner em seu livro Saúde Paidéia (2003), uma aproximação para a realidade do CSEGSF, levando em consideração as suas especificidades e suas necessidades enquanto centro de saúde escola.

Neste sentido, ao refletir sobre as equipes de saúde da família no CSEGSF, e considerando este Centro de Saúde como cenário de aprendizagem, sugerimos que os profissionais do CSEGSF constituam uma equipe denominada de equipe matricial ou equipe de referência da atenção básica visto que, o PSF é considerado a porta de entrada dos usuários. Nesse modelo, é importante reconhecer que esses profissionais precisam de uma referência na área de atenção básica. Desta forma, os profissionais do CSEGSF, antes responsáveis pela assistência da população de Manguinhos, passarão a ser apoio e referência dos profissionais de saúde da família na área de atenção básica, uma vez que estes possuem especialidades na área específica e poderão dar suporte aos profissionais. A equipe matricial (ou de referência da atenção básica) poderá se constituir de vários profissionais das áreas específicas (Saúde Mental, Enfermagem, Dermatologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia), podendo ficar responsável pela elaboração de protocolos específicos e sugestão de projetos. Nessa interação com as equipes, poderão desempenhar um papel de educação continuada, com objetos trazidos do processo de trabalho pelas equipes de saúde da família. Neste sentido, a contribuição para a atualização ou aquisição de conhecimentos dos profissionais de saúde da família será contínua, a partir da realidade vivenciada pelas equipes, traduzindo em uma dinâmica concreta, os pressupostos da educação permanente, concordando com alguns autores que

consideram que momentos de educação continuada perpassam o processo de educação permanente.

Pelos depoimentos, consideramos pertinente para enfrentar as tensões no trabalho em equipe, a participação de um orientador, que atue como referência no processo de trabalho e que, através de discussões coletivas nas reuniões de equipe, ajudem a refletir sobre a prática, e que contribua com a interação do grupo e assim abra espaço para trabalhar as ansiedades, as angústias e possa ajudar a vencer as dúvidas, pensando a própria equipe e aumentando a capacidade de lidar com os conflitos, buscando meios para o enfrentamento das tensões e a construção de relações de confiança nas equipes e entre as demais. Desta forma, acreditamos que estes problemas gerados no processo de trabalho possam ser sanados e/ou acompanhados.

A partir dos resultados obtidos consideramos que os profissionais de saúde da família compreendem o espaço de trabalho como um espaço de aprendizagem e que a percepção geral que eles têm do processo de trabalho pressupõe um processo educativo onde a participação de diferentes atores contribui para a riqueza deste processo. Os gestores, por sua vez, também reafirmaram essa questão como relevante e apontaram que a complexidade do trabalho dos profissionais, requer a articulação da assistência a outras áreas, aproximando os profissionais da integralidade do cuidado. Nesta linha de pensamento, a proposição da equipe matricial (ou referência da atenção básica) poderá contribuir para o alcance desse objetivo, uma vez que as diferentes áreas estarão presentes nesta equipe, promovendo uma proximidade com outros “fóruns” de outras áreas fora do setor saúde. Foi possível também observar nos resultados, que o fato das equipes de saúde da família estarem inseridas dentro de uma instituição de ensino e pesquisa contribui para a interlocução com outros setores, e, facilita o acesso à informação e à aquisição de conhecimentos.

Os resultados apontaram ainda que os profissionais apresentam dúvidas durante o exercício de sua atividade; estes questionamentos reafirmam a importância da reunião de equipe e da reunião de equipe técnica como espaço de supervisão deste processo, favorecendo a troca com os colegas e os outros profissionais, em um ambiente típico de espaço de aprendizagem.

Essa dinâmica favorece a mobilização dos profissionais no sentido de estruturar a sua formação. É necessário incentivar que esses profissionais frequentem programas de formação à nível de especialização voltado para a profissionalização desses quadros, entre aqueles já existentes, aperfeiçoando-os com as próprias experiências dos alunos.

Em que pese os depoimentos dos profissionais entrevistados que não mencionam alternativas para a sua qualificação no PSF, há que se destacar que o MS ofereceu um programa de capacitação para a educação permanente, que não atingiu essa comunidade de profissionais, mas atuou na formação de especialistas em educação permanente nos estados brasileiros. A força de trabalho abordada nessa investigação parece referir uma ausência de capacitação que pode estar relacionada ao componente da educação permanente e à formação para o programa de saúde da família e esse fator deve ser considerado relevante, pela sinergia que pode ser alcançada uma reestruturação de modelo, tendo por eixo a junção dos dois componentes. Com a recente edição da Portaria GM/MS-1996-2007, é possível que se retome um ciclo de formação com essa perspectiva.

É importante ressaltar que não foi possível avançar na recomendação de estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de práticas educativas das equipes do Programa de Saúde da Família do CSEGSF. A revisão bibliográfica e o conjunto de depoimentos revelaram que ainda é muito incipiente a experiência de implantação do Programa e as contribuições não possibilitaram avançar nesse sentido.

Vale ressaltar que nos depoimentos, o discurso das práticas pedagógicas está vinculado a aspectos relacionais, necessitando uma referência das ações programáticas do PSF e do CSEGSF para melhor elaboração das práticas relacionadas à Educação Permanente.

Finalmente, há que se reafirmar como estratégia fundamental um modelo de gestão que reconstrua o encantamento dos profissionais de saúde da família com o exercício da própria profissão, o que implica educação permanente e valorização do fator humano em saúde (Campos, 2003).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY M. (Org.) “Gangues, galeras, chegados e rappers – juventude, violência e cidadania nas cidades da periferia de Brasília”. Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 1999.

ALMEIDA M. Aspectos da educação continuada e educação permanente. Rev. Olho Mágico, Londrina, nº.14, 1997.

ALVAREZ FR, CAMPOS AS. Educación Permanente em Salud. Problemas e Proyecciones. Educación Médica y Salud. 23 (3), p.275-283, 1989.

ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. São Paulo: Interface Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.39-52, 2004.

AMARANTE PDC. Apresentação. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate, n. 22, dez 2000.

AUSUBEL D, NOVAK JD, HANESIAN H. Psicologia Educacional. Rio de Janeiro. Ed. Interamericana, 1980.

BAKHTIN M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. Ed. Hucitec. São Paulo, 1986.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. Edições 70. Lisboa, 1997.

BERGER R. Formação Baseada em Competências numa concepção inovadora para a Formação Tecnológica. In: Congresso de Educação Tecnológica dos Países do Mercosul, 5, Pelotas, ETF- Pelotas, 1998.

BODSTEIN R, ZANCAN L. Avaliação das ações de promoção da Saúde em contextos de pobreza e Vulnerabilidade social. In: Lenira Zancan; Regina Bodstein; Willer B. Marcondes. (Org.). Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local (a experiência em Manguinhos). 1a. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 5, p. 39-59, 2002.

BODSTEIN R, ZANCAN L. Desafios no Monitoramento e na Avaliação de Programas de DLIS: O Caso de Manguinhos no Rio de Janeiro. Cadernos de Oficina Social, v. 6, 2001.

BRASIL Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

BRASIL. Política de Recursos Humanos para o SUS. Prioridades e Diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília, 1995.

BRASIL. Documento Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde – Versão Preliminar, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final. Coordenação de Atenção Básica, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Programa Saúde da Família –PSF. Brasília, Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2000b. 125p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde-SGTEs. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES. Informação para a Assembléia do CONASS. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz: A Saúde do Ensino. 1ª edição, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde-SGTEs. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES. Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente. (1ª versão) Brasília, 2004b.

_____. Portaria GM/ MS nº198 de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer saúde. Brasília, 2004d. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. História da IV Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <http://www.conselhodesaude.br>. Acessado em 15/10/2005a.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <http://www.conselhodesaude.br>. Acessado em 05/10/2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTEs. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES. A Educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Documento Base 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Editorial. Edição Especial. Brasília: ano II 2005d.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo nos municípios / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

_____. Ministério da Saúde. Informativo eletrônico do CNS. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Editorial. Edição Especial. Brasília: ano II 2005f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTEs. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem – Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. / Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005g.

BRASIL. Portaria GM/MS nº1996 de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2007.

CAMPOS GWS. Saúde Paidéia. Editora Hucitec. São Paulo, 2003.

CASSIOLATO JE, LASTRES HMM. Inovação, Globalização e as Novas Políticas de Desenvolvimento Industrial e Tecnológico, in: Cassiolato JE, Lastres HMM (eds) Globalização e Inovação Localizada: Experiências de Sistemas locais no Mercosul, Brasília: MCT –IBITC. 1999.

CECCIM RB, ARMANI TB, ROCHA CF. O que dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde sobre a Formação de Recursos Humanos e o Papel dos Gestores Públicos no Brasil. Brasília: VER-SUS Brasil. Caderno de Textos. 2004.

CECCIM RB. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde: *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (4), 2005.

CESALTINA A. Conferências: palco de conquistas democráticas. *Revista do CONASEMS*. Brasília, nº 2, jan 2004.

DAVINI MC. Capacitação Pedagógica de Instrutores/Supervisores do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala), OPAS, Brasília, 1983.

DAVINI MC. Practicas Laborales en los Servicios de Salud: las Condiciones del Aprendizaje. In: *Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100*. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

DAVINI MC. Educación Permanente en Salud – Série Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, nº 38, 119p, 1995.

DELUIZ N. A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional. *Boletim do SENAC*. Vol.22 – nº 2, maio/agosto 1996.

DELUIZ N. Qualificação, competência e certificação: Visão do mundo do trabalho. *Revista Formação*. Vol.1- nº 2. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Maio de 2001.

DEMO P. Metodologia do Conhecimento Científico. 1.ed, São Paulo: Atlas, 216 p, 2000.

FAGUNDES, N. C.; FRÓES BURNHAM, T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde /Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.105-114, set.2004/fev.2005.

FEUERWERKER L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. Divulgação em Saúde para Debate, nº 22, dez 2000.

FEUERWERKER L. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. Rev. Olho Mágico, Londrina, v.12, no. 3, p.13-20, jul./set.2005.

FOUCAULT M. O Nascimento da Clínica. Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1987.

FREIRE P. Extensão ou Comunicação? Ed. Paz e Terra, 1971.

FREIRE P. Pedagogia do Oprimido. Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1987.

FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Ed. Paz e Terra, 2ª ed. Rio de Janeiro, 1997.

FURTER, P. Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural. Petrópolis: Vozes, cap.4, p.111-159,1974.

GADOTTI M. Perspectivas atuais da educação. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.

GADOTTI M. Paulo Freire: Uma Biobibliografia. Ed. Cortez: São Paulo, 2001.

GIFFIN K, SHIRAIWA T. O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos. In: Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5(1): 24-44, jan./mar, 1989.

GIL CR, CERVEIRA MAC, TORRES ZF. Pólos de capacitação em saúde da família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 103-26.

GIL CR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2005, vol. 21, no. 2, pp. 490-498.

HENRIQUES R. Ensino-aprendizagem na saúde: cenários, metodologias e prática na formação dos profissionais de saúde. BoletIN- Integralidade em Saúde, LAPPIS, agosto, 2007.

KUHNER MH. Frases Feitas. Disponível em <http://www.maringa.com> Acessado em 23/09/2007

LASTRES HMM, ALBAGLI S. Informação e Globalização na Era do Conhecimento, Rio de Janeiro: Editora Campus, Cap.5, 1999.

LEMOS C. Inovação na Era do Conhecimento. Parcerias estratégicas – nº 8, maio 2000.

LEVY A. O Posicionamento Clínico. Ciências Clínicas e Organizações Sociais. São Paulo: Ed. Autêntica, 2000.

LISPECTOR C. É para lá que eu vou. In: “Onde estiveste de noite”. 7 ed. Ed. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1994.

LUNDVALL BA. National Systems of Innovation: Towards a theory of innovation and interactive learning. London: Pinter, 1995.

MATTOS RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

MARIOTTI H. Diálogo: A Competência do Conviver. Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz. UNESCO, 2002.

MENDES GONÇALVES RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY EE. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

MERHY EE. Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.

MERHY EE. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP, São Paulo, 1999.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy EE; Onocko, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol.9, n.16, p161-177, 2004.

MINAYO MCS, DESLANDES SF, NETO OC. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1994.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde –8ªed.-São Paulo: Hucitec, 2004, 269p.

MOTTA JIJ. Educação Permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde/Universidade Federal do Rio de Janeiro, [Dissertação de Mestrado],1998.

MOTTA JIJ, BUSS P, NUNES TCM. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Londrina: Olho Mágico – Vol.8 – Nº 3 set. /dez.2001.

NOGUEIRA RP. El Proceso de Producción de Servicios de Salud. Ed Méd Salud, Washington, DC, v. 25, n. 1, 1991.

NOGUEIRA RP. O trabalho em serviços de saúde. Texto de Apoio: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasília, OPAS. 1997.

NOGUEIRA RP. O trabalho nos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p. 59-63.

NOVAES A. (Org.). Poetas que Pensaram o Mundo. Ed. Companhia das Letras. 1ªed, 2005.

NUNES TCM. Educação Continuada: Uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS. Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/Abril. 1993.

OPS. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.78, 1987a.

____ Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.79, 1987b.

____ Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 80, 1987c.

____ Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.81, 1987d.

____ Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.82, 1987e.

PAIM JS. Modelos de atenção e Vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ & Almeida Filho N. (Orgs.) Epidemiologia e Saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p.567-86, 2003a.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

PESSOA F. Tempo. Disponível em <http://pensador.info.com>. Acessado em 23/09/2007.

PIERANTONI CR, RIBEIRO ECO. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente inovador / mediador / indutor de condições de auto-aprendizagem in: Arruda, B.K.G. (org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Ministério da Saúde; 318 p. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP), 2001.

QUINTANA PB, ROSCHKE MAC, RIBEIRO ECO. Educación Permanente, Proceso de Trabajo y Calidad de Servicio en Salud. . In: Educacion Permanente de Personal de Salud.

Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organización Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

REDE UNIDA. Contribuição para a Ordenação pelo SUS da Formação de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em <http://www.redeunida.org.br>. Acessado em 05/10/2005a.

_____Página de Abertura. Disponível em <http://www.redeunida.org.br>. Acessado em 05/10/2005b.

RETRATOS DO RIO. Dados do Relatório de Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro, Jornal O Globo, 12/05/01.

RIBEIRO ECO, MOTTA JIJ. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Divulgação em Saúde Para Debate, n.12, p.39-44, julho/1996.

RICAS JA, Deficiência e a Necessidade: Um Estudo Sobre a Formação Continuada de Pediatras em Minas Gerais - Belo Horizonte, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. [Tese Doutorado em Pediatria] 232p, 1994.

RIO DE JANEIRO. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro, disponível em www.rio.rj.gov.br, Banco de Dados. Acessado em 15 set. 2007.

ROVERE MR. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organización Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

SAINT-EXUPÉRY A. O Pequeno Príncipe. 48 ed. Rio de Janeiro, 2001.

SEIJO, J. Mediação de Conflitos em Instituições Educativas – Manual para Formação de Mediadores, Asa Editores; Porto, 2003.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Boletim do Programa de Saúde da Família, dez. 2002.

SOUZA AMA, SANTOS I. Processo Educativo nos Serviços de Saúde – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01 – OPAS – Brasília. 1993.

STEDILE, N. L. R.; Ensino de enfermagem: momento privilegiado de construção do conhecimento. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 79-86, jul./set.2000.

TOBAR F. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação- São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS MA. Proximidade Territorial, aprendizado e inovação - Um estudo sobre a dimensão local do processo de capacitação inovativa em arranjos e sistemas produtivos no Brasil. Tese de Doutorado, Instituto de Economia/UFRJ, Rio de Janeiro. Cap.1, 2002.

VOLSCHAN BCG, SOARES EL, CORVINO M. Perfil do profissional de Saúde da Família. Revista Brasileira de Odontologia 2002; 59(5): 314-316.

ZALUAR A. Exclusão e Políticas Públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: ANPOCS, vol.12, n. 35, p29-47,1997.

ZANCAN LF. (org.) Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ. Organizado por Lenira Zancan, Regina Bodstein e Willer B. Marcondes. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

ANEXOS



MINISTERIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Portaria GM/MS Nº198

Em 13 de fevereiro de 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente.

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

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

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

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

HUMBERTO COSTA

ANEXO I

Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Critérios e valores para Primeira Distribuição de Recursos do Ministério da Saúde para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde

UF / RP *	Critérios para Alocação dos Recursos																
	População das Municípios em Gestão Plena (CP)		Equipe Saúde Família (CS)		Nº Consultórios de Saúde (CC)		Concentração Equipamentos de Saúde*** (CE)		Unidades de Saúde ** (CU)		População Total 2002 (CO)		Cursos da Área de Saúde (CT)		Coeficiente Estadual - CE	Total Recursos	
	Peso	Coef.	Nº ESP	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dem.
AC	1	0,008	87	0,008	1	0,016	2	0,126	117	0,005	596.842	0,003	10	0,004	0,027	1.079.836	2,68
AM	2	0,011	311	0,017	2	0,032	10	0,050	373	0,016	1.961.804	0,017	40	0,017	0,024	670.296	2,43
AP	2	0,011	34	0,002	1	0,016	3	0,081	179	0,008	316.311	0,003	4	0,002	0,024	944.645	2,36
PA	4	0,048	337	0,020	2	0,032	7	0,038	656	0,042	6.453.683	0,037	30	0,013	0,038	1.331.678	3,83
RO	3	0,040	112	0,008	1	0,016	9	0,032	663	0,028	1.431.777	0,008	18	0,008	0,024	948.015	2,37
RR	2	0,011	72	0,004	1	0,016	1	0,150	83	0,004	366.871	0,002	1	0,000	0,033	1.320.677	3,30
TO	2	0,011	278	0,013	2	0,032	8	0,034	78	0,003	1.207.014	0,007	21	0,009	0,021	846.161	2,12
PI	16	0,242	1.281	0,048	19	0,101	48	0,058	2.889	0,104	13.264.889	0,077	124	0,054	0,101	7.636.196	19,89
AL	2	0,011	603	0,011	2	0,032	9	0,030	228	0,010	2.987.338	0,017	27	0,012	0,028	1.648.622	2,62
BA	2	0,011	1.000	0,011	2	0,032	24	0,013	2.120	0,000	13.323.212	0,076	68	0,030	0,047	1.880.435	4,73
CE	3	0,040	1.291	0,048	2	0,032	10	0,028	1.166	0,050	7.854.338	0,044	38	0,017	0,043	1.807.764	4,52
MA	3	0,040	673	0,017	3	0,048	6	0,044	1.064	0,043	3.903.224	0,033	36	0,011	0,042	1.670.153	4,18
RN	2	0,011	839	0,047	3	0,048	12	0,023	436	0,019	3.494.893	0,020	31	0,014	0,032	1.294.171	3,26
PE	2	0,011	1.195	0,048	3	0,048	19	0,018	903	0,038	9.084.667	0,046	42	0,018	0,043	1.637.554	4,09
PI	1	0,008	738	0,040	2	0,032	9	0,030	483	0,019	2.898.223	0,017	34	0,024	0,028	1.638.395	2,65
RN	2	0,011	336	0,039	2	0,032	6	0,064	386	0,025	2.852.784	0,016	21	0,009	0,030	1.188.188	2,97
SE	1	0,008	368	0,022	2	0,032	3	0,085	236	0,010	1.888.030	0,011	20	0,009	0,028	1.128.070	2,82
NE	18	0,288	7.383	0,188	21	0,239	68	0,218	7.269	0,306	48.868.112	0,188	328	0,143	0,318	12.723.263	31,82
DF	4	0,048	20	0,001	1	0,016	18	0,019	70	0,003	2.145.836	0,012	48	0,020	0,021	831.278	2,13
GO	2	0,011	841	0,048	3	0,048	13	0,019	434	0,018	2.210.328	0,030	34	0,024	0,031	1.315.424	3,29
MS	2	0,011	232	0,011	2	0,032	11	0,028	243	0,010	2.149.624	0,012	47	0,020	0,022	878.247	2,20
MT	2	0,011	339	0,020	2	0,032	6	0,064	386	0,025	2.804.742	0,013	27	0,012	0,028	1.110.020	2,78
CC	18	0,244	1.482	0,080	8	0,129	48	0,218	1.238	0,087	12.202.849	0,060	174	0,076	0,164	4.156.867	10,39
RS	4	0,048	326	0,038	2	0,032	13	0,019	694	0,028	3.201.722	0,018	33	0,023	0,032	1.264.021	3,16
MG	2	0,011	2.442	0,134	4	0,065	28	0,056	3.289	0,144	18.243.517	0,108	261	0,114	0,282	3.268.990	8,17
RJ	3	0,040	876	0,048	2	0,032	12	0,019	933	0,040	14.724.673	0,084	228	0,100	0,043	1.807.182	4,52
SP	4	0,048	2.017	0,111	4	0,065	180	0,003	2.511	0,107	38.177.742	0,219	648	0,283	0,288	3.698.499	9,77
RE	13	0,213	8.661	0,111	13	0,164	206	0,040	7.686	0,218	24.447.484	0,406	1.180	0,518	0,286	10.248.480	26,02
PR	1	0,008	1.129	0,082	4	0,065	48	0,010	1.864	0,078	9.798.066	0,036	201	0,088	0,049	1.844.154	4,59
RS	1	0,008	322	0,039	4	0,065	31	0,013	1.663	0,071	10.408.540	0,060	169	0,074	0,041	1.636.004	4,09
SC	2	0,011	649	0,082	3	0,048	22	0,013	1.000	0,044	3.977.797	0,032	105	0,040	0,041	1.638.233	4,14
R	4	0,048	2.690	0,143	11	0,177	102	0,037	4.689	0,213	28.724.283	0,147	478	0,203	0,131	8.228.382	20,89
BR	41	1,000	18.217	1,000	62	1,000	618	1,000	23.822	1,000	174.632.968	1,000	1.283	1,000	1,000	69.808.000	100,00

* UF = Unidade Federada e RP = Região Política

** Postos e Centros de Saúde

*** Instituições de Ensino com Curso de Saúde (MEC) + ETSUS + ESP - Inverso até o Limite Máx. 6,0159

Cálculo para nº Consultórios/esp

Formula Peso

0 - 1000 1 3481 - 5890 3

$37*(C1+C2)+15*(C3+C4+C5)+18*(C6)+1*(C7)$

1002 - 3480 2 5891 4

100

ANEXO II

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

1. Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

que aderirem à proposta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

degex@saude.gov.br / sgtes@saude.gov.br Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

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

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

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

Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

- IX. anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:
- o cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
 - o cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;
 - o se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;
 - o se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;
 - o cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;
 - o cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);
 - o cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;
 - o cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;
 - o cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;
 - o cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
 - o cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);
 - o cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações:

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

Operacionalização

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I – Enfoques:

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

II - Eixos de Ação:

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

III – Atividades:

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

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

I – Enfoques:

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

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

II - Eixos de Ação:

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

III – Atividades:

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

em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

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

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

I – Enfoques:

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

II - Eixos de Ação:

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

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

III – Atividades:

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

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

I – Enfoques:

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

II - Eixos de Ação:

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

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

III – Atividades:

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

← ***Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.***

← ***Os documentos estarão à disposição também no Site***

www.saude.gov.br/sgtes .

← ***Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.***

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

ANEXO 2 - PORTARIA GM/MS Nº 1.996

Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal de 1988 e

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

Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o artigo 14 da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino;

Considerando que para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico estabelecidas pelo Ministério da Educação conforme Parecer nº. 16/1999, Resolução nº. 04/1999 e Decreto nº. 5.154/2004.

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

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:

Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e

Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º Definir 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.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei

8080/90 e na NOB/RH - SUS.

Art. 3º Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 4º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

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

II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;

III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;

IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;

V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Art. 5º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; II –

Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;

III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e

IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.

Art. 6º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:

I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;

III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 7º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. Nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Art. 8º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde.

Art. 9º A Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por:

I – Representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no estado;

II – Gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e

III – Um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme artigo 5º desta portaria.

Art. 10. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite:

I – Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas; e

III – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde.

Art. 11. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado;

III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;

IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;

V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;

II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e

III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria.

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do anexo III.

Art. 14. Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 15. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 16. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 17. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações.

§ 1º. Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no anexo I desta portaria.

§ 2º. O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos Estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado.

§ 3º. A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite - CIT para homologação.

Art. 18. Os recursos financeiros de que trata esta portaria, relativos ao Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde.

§ 1º. Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, devem ser aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação.

§ 2º. As transferências Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios poderão ser alteradas conforme as situações previstas na portaria 699/GM, de 30/03/2006.

Art. 19. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignados no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

§ 1º. Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da educação Permanente em Saúde para a homologação na CIT.

§ 2º. A partir do ano de 2008 os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

- I – A organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/graduação/especialização);
- II – Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;
- III – A orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;
- IV – A qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e
- V – A instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

- I – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;

II – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e

III – Articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

Art. 22. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

Art. 23. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo I – Critérios para a alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A distribuição e alocação para os estados e Distrito Federal dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30%

(trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo: C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%)

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%)

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – 1caps/100.000hab. (10%)

O Segundo grupo de critérios trata da população total do estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE – população estimada para o ano anterior e pesquisa médico-sanitária de 2005, ou sua versão mais atual. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%) C5: População total do estado (10%)

O terceiro e último conjunto de critérios buscam dar conta das iniquidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda, desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados

utilizadas foram o IDH-M 2000 – PNUD e as informações do MEC/INEP e MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C6: IDH-M 2000 (20%)

C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde (MEC/INEP) e Escolas Técnicas do SUS (MS/RETSUS) (20%)

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde.

Impacto	Indicador Mensurável	Critério	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	Cobertura de Equipes de Saúde da Família	C1	10	30%
	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal	C2	10	
	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	C3	10	
Público Alvo e População	Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público)	C4	20	30%
	População Total do Estado	C5	10	
Iniquidades Regionais	IDH-M (por faixa)	C6	20	40%
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada	C7	20	
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100			100	100%

O Colegiado de Gestão Regional deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde, e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

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

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																				
	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psico-social - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/BSGE (C4)		População Total - Estimativa 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faixa		Concentração Equipamentos de Ensino (C7)			Coeficiente Estadual (C8)	Teto Recursos	
	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Inverso	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dist.
AC	81,8	1,03	0,041	87,4	1,12	0,048	29,13	0,58	0,024	4.157	0,003	888.852	0,004	4	0,055	5	0,200	0,093	0,042	1.458.732,13	4,16
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24.918	0,016	3.311.026	0,018	3	0,041	15	0,061	0,03	0,028	907.796,20	2,50
AP	55,8	0,92	0,037	39,8	0,86	0,028	32,48	0,65	0,026	4.112	0,003	815.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,065	0,031	1.100.604,28	3,14
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	28,13	0,58	0,023	30.621	0,019	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1.049.393,32	3,00
RO	38,3	0,64	0,025	36,9	0,81	0,026	48,06	0,98	0,039	9.523	0,006	1.582.417	0,008	3	0,041	12	0,062	0,039	0,027	944.592,02	2,70
RR	75,3	1,28	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4.027	0,000	463.344	0,002	3	0,041	4	0,250	0,116	0,042	1.453.131,27	4,16
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	28,27	0,53	0,021	9.885	0,006	1.332.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,064	0,034	1.188.217,05	3,38
N	42,6			36,0						87.223	0,054	16.022.060	0,036						0,231	8.093.486,26	23,14
AL	88,1	1,13	0,045	88,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.852	0,018	4	0,055	9	0,111	0,064	0,041	1.423.197,95	4,03
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,81	0,037	48,38	0,97	0,039	91.386	0,056	13.950.148	0,075	4	0,055	35	0,028	0,013	0,043	1.516.774,69	4,33
CE	82,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,058	49.326	0,030	8.217.085	0,044	4	0,055	17	0,056	0,027	0,042	1.487.782,86	4,18
MA	76,6	1,28	0,051	70,0	1,17	0,050	43,86	0,87	0,036	28.958	0,018	8.184.538	0,033	4	0,055	9	0,111	0,064	0,042	1.480.090,75	4,17
PB	92,7	1,58	0,061	92,1	1,54	0,065	81,42	1,63	0,066	27.991	0,017	3.823.215	0,019	4	0,055	16	0,062	0,029	0,041	1.449.420,90	4,14
PE	82,1	1,03	0,041	67,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	88.459	0,042	8.502.803	0,048	3	0,041	24	0,042	0,016	0,038	1.281.259,25	3,80
PI	98,7	1,61	0,064	97,3	1,82	0,069	52,70	1,05	0,043	20.082	0,012	3.038.290	0,018	4	0,055	15	0,087	0,031	0,039	1.358.316,03	3,88
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,066	57,48	1,15	0,047	28.817	0,018	3.043.760	0,018	3	0,041	7	0,143	0,066	0,043	1.510.872,56	4,32
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,65	0,067	15.896	0,010	2.000.738	0,011	4	0,055	8	0,200	0,093	0,050	1.742.827,75	4,98
NE	87,1			86,7						363.550	0,218	61.626.027	0,278						0,377	13.190.550,74	37,82
DF	3,5	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,45	0,21	0,008	34.473	0,021	2.383.784	0,013	1	0,014	17	0,056	0,023	0,015	519.357,89	1,48
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,58	0,023	41.512	0,026	5.730.753	0,031	2	0,027	34	0,028	0,014	0,028	910.058,33	2,80
MS	49,6	0,83	0,033	69,9	1,16	0,050	43,52	0,87	0,036	21.550	0,013	2.297.901	0,013	2	0,027	15	0,067	0,03	0,027	956.924,32	2,73
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,82	0,035	66,56	1,33	0,054	21.122	0,013	2.856.999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,03	0,028	990.439,74	2,83
CO	44,6			45,5						118.857	0,073	13.289.517	0,071						0,098	3.375.730,29	9,64
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	38,06	0,72	0,029	32.200	0,020	3.484.285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,023	0,025	886.411,56	2,48
MG	58,4	0,97	0,039	39,5	0,86	0,028	45,18	0,90	0,037	175.906	0,108	19.479.359	0,104	2	0,027	109	0,006	0,004	0,049	1.707.026,91	4,89
RJ	28,5	0,48	0,019	18,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190.796	0,118	15.581.720	0,083	1	0,014	51	0,020	0,008	0,043	1.498.702,27	4,28
SP	22,8	0,38	0,015	12,9	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415.080	0,256	41.055.734	0,220	1	0,014	181	0,006	0,003	0,062	2.871.103,37	8,20
SE	33,6			21,5						813.862	0,502	79.881.098	0,428						0,198	6.341.244,11	18,83
PR	48,0	0,80	0,032	46,6	0,78	0,033	52,96	1,08	0,043	57.513	0,054	10.387.378	0,058	2	0,027	50	0,020	0,008	0,034	1.205.920,30	3,45
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108.203	0,067	10.983.219	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.196.567,82	3,42
SC	83,2	1,08	0,042	48,3	0,77	0,033	62,94	1,28	0,051	52.953	0,033	5.958.268	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,028	991.540,48	2,83
S	44,2			38,5						248.869	0,153	27.326.863	0,146						0,097	3.394.059,58	9,70
BR	60,0	25,23	1,000	60,3	23,44	1,000	50,00	24,70	1,000	1.822.061	1,000	138.770.562	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	38.000.000,00	100,00

C1, C2 e C3 = Alcance da Meta/S(Índice de Cobertura Estadual/Meta Nacional)
 C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil
 C6 = Peso/Speso (IDH-M)
 C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino
 Coeficiente Estadual = $\{[10 \cdot C1 + 10 \cdot C2 + 10 \cdot C3] + [20 \cdot C4 + 10 \cdot C5] + [20 \cdot C6 + 20 \cdot C7]\} / 100$

Faixa IDH-M: 1: IDH-M = 8
 2: 0,79 = IDH-M = 0,76
 3: 0,75 = IDH-M = 0,71
 4: IDH-M = 0,7

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

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Educação Profissional de Nível Técnico

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																					
	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psíco-social - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/BGE (C4)		População Total - Estimativa 2005 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faba		Concentração Equipamentos de Ensino (C7)			Coeficiente Estadual (C8)	Teto Recursos		
	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Inverso	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dist.	
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,043	29,13	0,58	0,024	4.157	0,003	686.652	0,004	4	0,056	5	0,200	0,093	0,042	2.081.045,90	4,16	
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24.918	0,019	3.311.029	0,019	3	0,041	19	0,067	0,031	0,028	1.298.851,71	2,59	
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,66	0,028	32,48	0,65	0,026	4.112	0,003	615.719	0,003	3	0,041	7	0,143	0,088	0,031	1.572.291,82	3,14	
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	25,13	0,56	0,023	30.621	0,019	7.110.469	0,039	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1.499.133,32	3,00	
RO	38,3	0,64	0,025	38,9	0,81	0,028	48,00	0,96	0,035	9.523	0,005	1.582.417	0,005	3	0,041	12	0,083	0,030	0,027	1.349.417,18	2,70	
RR	75,3	1,28	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4.027	0,003	403.344	0,003	3	0,041	4	0,250	0,116	0,042	2.075.901,82	4,15	
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,081	28,27	0,53	0,021	9.889	0,006	1.332.441	0,003	3	0,041	9	0,111	0,051	0,034	1.894.595,79	3,39	
N	42,6			38,0						67.223	0,054	15.022.080	0,006						0,231	11.569.237,54	23,14	
AL	66,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,019	4	0,056	9	0,111	0,051	0,041	2.033.139,94	4,07	
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91.386	0,059	13.950.146	0,079	4	0,056	35	0,029	0,013	0,043	2.168.820,98	4,33	
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,055	49.326	0,030	8.217.089	0,044	4	0,056	17	0,059	0,027	0,042	2.098.832,89	4,19	
MA	76,8	1,25	0,051	70,0	1,17	0,050	43,86	0,87	0,035	29.956	0,018	6.184.538	0,033	4	0,056	5	0,111	0,051	0,042	2.085.843,93	4,17	
PB	92,7	1,55	0,061	92,1	1,54	0,060	81,42	1,63	0,066	27.991	0,017	3.623.215	0,019	4	0,056	18	0,063	0,025	0,041	2.070.812,72	4,14	
PE	62,1	1,03	0,041	57,0	0,96	0,041	34,70	0,68	0,028	68.459	0,042	8.502.803	0,046	3	0,041	24	0,042	0,019	0,038	1.801.798,92	3,60	
PI	98,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,063	52,70	1,05	0,043	20.083	0,013	3.036.290	0,016	4	0,056	15	0,067	0,031	0,039	1.940.451,47	3,88	
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,56	0,060	57,49	1,15	0,047	28.817	0,018	3.043.780	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,043	2.158.389,38	4,31	
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,65	0,067	15.696	0,010	2.000.738	0,011	4	0,056	5	0,200	0,093	0,060	2.489.753,92	4,98	
NE	67,1			60,7						353.550	0,219	51.609.027	0,275						0,377	18.843.843,92	37,69	
DF	3,5	0,06	0,002	0,8	0,01	0,003	10,49	0,21	0,008	34.473	0,021	2.383.784	0,013	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	741.939,85	1,48	
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41.512	0,026	5.730.753	0,031	2	0,027	34	0,029	0,014	0,028	1.300.011,90	2,60	
MS	49,8	0,83	0,033	69,9	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21.550	0,013	2.297.981	0,012	2	0,027	15	0,067	0,031	0,027	1.365.808,18	2,73	
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,035	68,50	1,33	0,054	21.123	0,013	2.856.999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,031	0,028	1.414.913,91	2,83	
CO	44,6			45,6						118.657	0,073	13.289.517	0,073						0,098	4.823.471,84	9,64	
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	38,08	0,72	0,029	32.200	0,020	3.484.285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,022	0,025	1.237.730,79	2,48	
MG	58,4	0,97	0,039	39,5	0,66	0,028	45,18	0,90	0,037	175.908	0,109	19.479.356	0,104	2	0,027	109	0,009	0,004	0,049	2.438.809,88	4,88	
RJ	25,5	0,45	0,019	18,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190.798	0,118	15.561.720	0,083	1	0,014	61	0,020	0,006	0,043	2.135.146,10	4,28	
SP	22,8	0,38	0,015	12,8	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415.060	0,256	41.056.734	0,220	1	0,014	181	0,008	0,003	0,062	4.101.576,24	8,20	
SE	33,6			21,5						813.982	0,502	79.561.068	0,425						0,198	8.915.063,01	18,83	
PR	48,0	0,80	0,032	48,8	0,76	0,033	52,96	1,06	0,043	57.513	0,034	10.387.378	0,036	2	0,027	50	0,020	0,006	0,034	1.722.714,71	3,45	
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108.203	0,067	10.983.218	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.709.382,51	3,42	
SC	63,2	1,05	0,042	48,3	0,77	0,033	62,94	1,26	0,051	52.953	0,033	5.958.266	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,028	1.416.488,37	2,83	
S	44,2			38,6						249.689	0,153	27.308.983	0,146						0,097	4.848.593,69	9,70	
BR	60,0	25,23	1,000	60,0	23,44	1,000	60,00	24,70	1,000	1.822.061	1,000	188.770.662	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	85.000.000,00	100,00	

C1, C2 e C3 = Alcance da Meta/S(Índice de Cobertura Estadual/Meta Nacional)

C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil

C6 = Peso/Speso (IDH-M)

C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino

Coeficiente Estadual =

$\{[10 \times C1 + 10 \times C2 + 10 \times C3] + [20 \times C4 + 10 \times C5] + [20 \times C6 + 20 \times C7]\} / 100$

Faixa IDH-M: 1: IDH-M = 8

2: 0,79 = IDH-M = 0,76

3: 0,75 = IDH-M = 0,71

4: IDH-M = 0,7

Anexo II – Diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.

1. Do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e

assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

2. Relação do Colegiado de Gestão Regional com as Comissões de Integração Ensino-Serviço para o SUS

O Colegiado de Gestão Regional deverá coordenar a estruturação/reestruturação das Comissões de Integração Ensino-Serviço. O Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) servirá de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço apoiarão os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, as essas comissões assumirão o papel de indutor de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde será construído coletivamente pelo Colegiado de Gestão Regional com apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço a partir de um processo de planejamento das ações de educação na saúde. O

Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, deverá conter:

- Caracterização da região de saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde.
- Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores.
- Caracterização da necessidade de formação em saúde – identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região.

- Atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada.
- Relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si.
- Produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo.
- Processo de avaliação do plano – identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução.
- Recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infra-estrutura, de tempo, entre outros.

O Colegiado de Gestão Regional encaminhará o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde às Comissões de Integração Ensino-Serviço, que trabalharão na construção de projetos e estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas ao Colegiado de Gestão Regional.

O Colegiado de Gestão Regional, então, deverá validar e acompanhar a execução dos projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço. Essa validação deverá considerar:

- a coerência entre as ações e estratégias propostas e o PAREPS;
- o consenso em relação à análise de contexto da região e dos problemas dos processos de trabalho e dos serviços de saúde daquela região;
- um dimensionamento adequado entre objetivos e metas e as ações propostas;
- a pactuação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no colegiado, devidamente vinculado a um Plano Regional de Saúde contemplando a solução dos diversos problemas de saúde e a melhoria do sistema de saúde regional;
- os princípios do SUS;
- a legislação vigente.

Em caso de não aprovação pelo Colegiado os projetos e estratégias de intervenção deverão ser devolvidos às Comissões de Integração Ensino-Serviço para adequação.

A constituição de cada Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá se dar num movimento inclusivo de todas as representações institucionais acima elencadas, articulado e coordenado pelo Colegiado de Gestão Regional, observando as diretrizes operacionais aqui descritas e o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional poderá pactuar e definir pela integração de outras instituições à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

As instituições deverão garantir aos seus representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva, com a gestão colegiada e democrática da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e com a construção de arranjos interinstitucionais para a execução das ações propostas. O que se pretende é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde, através da disseminação e utilização do conceito de Educação Permanente em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá ter condução e coordenação colegiada, deverá reunir-se regularmente e trabalhar para a execução e acompanhamento do PAREPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá acompanhar, monitorar e avaliar os projetos implementados e fornecer informações aos gestores do Colegiado de Gestão Regional para que os mesmos possam orientar suas decisões em relação ao PAREPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá apresentar os projetos elaborados, a partir do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, para que os mesmos sejam avaliados e aprovados no CGR.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá constituir um projeto de atividades, designando a sua necessidade de alocação orçamentária e sua relação com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço devem

Conter

- Nome de ação educativa;
- Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- Objetivo da Ação;

- Público-alvo. (Identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- Metodologia utilizada;
- Duração e cronograma de execução;
- Plano de Metas/Indicadores
- Resultados esperados;
- Titulação a ser conferida (se for o caso);
- Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- Dados da instituição executora (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Dados da instituição beneficiária (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Anexo III – Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social. As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas nesta portaria e o plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) devem contemplar:

- Justificativa;
- Objetivo;
- Requisito de acesso;
- Perfil profissional de conclusão;
- Organização curricular ou Matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do Curso, discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);
- Metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas;
- Avaliação da Aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos;
- Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo;

- Instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);
- Pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;
- Aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;
- Certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso.
- Relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador geral e um coordenador pedagógico.

Os projetos ainda deverão abranger um Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos. O Plano de Execução explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

- Municípios abrangidos pelo Projeto;
- Número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por município;
- Número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e distribuição de vagas);
- Relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por Município após a matrícula;
- Localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);
- Definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;
- Planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como modalidade de registro;
- Prazo e Cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

O Plano de Formação Pedagógica para Docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso e deverá apresentar:

- Temas abordados;
- Estratégias e metodologias utilizadas;
- Estratégias de avaliação.

Por fim, a planilha de custos deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do Curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.

ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

E:

NOME:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

TEMPO DE TRABALHO NA EQUIPE:

- 1) O que você entende por processo de trabalho?
- 2) Pra você, qual é o seu objeto de trabalho?
- 3) Quais são os meios que você utiliza no seu processo de trabalho?
- 4) Você discute seu processo de trabalho? Com quem? Como?
- 5) De que maneira, você resolve os problemas que surgem no seu processo de trabalho?
- 6) Levando em consideração a resposta anterior, o que facilita ou dificulta este processo?
- 7) Você acredita que o espaço de trabalho é um espaço de aprendizagem? Se sim, como você percebe isto?
- 8) Você acredita que os problemas de trabalho podem ser interpretados como necessidades educacionais? Se sim, como você percebe isto?
- 9) De que maneira você busca suprir estas necessidades?
- 10) Os dirigentes /coordenadores oferecem meios para atender às necessidades educacionais?
- 11) O que é oferecido é adequado à realidade do trabalho?

ANEXO 3.1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr.(a)

Você está sendo convidado (a) para participar de uma investigação cujo tema é Educação Permanente em Saúde: uma estratégia inovadora para a Gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, como parte de dissertação de mestrado profissional.

Você foi selecionado por ser um profissional de nível superior das equipes de saúde da família e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é construir caminhos estratégicos, utilizando a Educação Permanente para melhorar o processo de trabalho e reorganizar as práticas das equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Para esse estudo, o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de uma entrevista de no máximo 15 minutos, respondendo a algumas perguntas sobre seu processo de trabalho. Esta entrevista será gravada para manter uma maior fidelidade do conteúdo das informações. Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas. O material gravado será destruído tão logo encerre a análise do conteúdo.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o (a) senhor (a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto a sua participação. Você terá como benefício à produção de informações com melhoria da organização das práticas dos profissionais das equipes da saúde da família. As informações do estudo vão beneficiar ainda a melhoria da qualidade da prestação de serviço à população assistida.

Em caso de qualquer dúvida, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Elisabete Dorighetto Borges, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 26 (antigo prédio do Politécnico), Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 2598 2519 no horário das 9 às 17 horas, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 25982863.

Elisabete Dorighetto Borges
Responsável pela pesquisa

Eu, _____, declaro estar esclarecido

(a) sobre os termos apresentados.

ASSINATURA _____

Data: ____ / ____ / 2006.

ANEXO 4- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

TEMA: Estratégias necessárias para melhorar o processo de trabalho das equipes da saúde da família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Questões a serem abordadas no Grupo Focal:

- 1- O que é educação permanente em saúde?
- 2- Quais são as principais dificuldades para elaborar, implantar e implementar um projeto de educação permanente?
- 3- Como identificar as necessidades educacionais das equipes de saúde da família?
- 4- Como solucionar os problemas surgidos no processo de trabalho das equipes de saúde da família enquanto necessidades educacionais?

ANEXO 4.1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr.(a)

Você está sendo convidado (a) para participar de uma investigação cujo tema é Educação Permanente em Saúde: uma estratégia inovadora para a Gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, como parte de dissertação de mestrado profissional.

Você foi selecionado por ser um gestor do sistema local de saúde do Complexo de Manguinhos e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é construir caminhos estratégicos, utilizando a Educação Permanente para melhorar o processo de trabalho e reorganizar as práticas das equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Para esse estudo, o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de um grupo focal com duração prevista para no máximo 1h30min, cujo tema é Estratégias necessárias para melhorar o processo de trabalho das equipes da saúde da família do CSEGSF. O grupo focal será gravado para manter uma maior fidelidade do conteúdo das informações. Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem do grupo. O material gravado será destruído tão logo encerre a análise do conteúdo.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o (a) senhor (a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto a sua participação. Você terá como benefício à produção de informações com melhoria da organização das práticas dos profissionais das equipes da saúde da família. As informações do estudo vão beneficiar ainda a melhoria da qualidade da prestação de serviço à população assistida.

Em caso de qualquer dúvida, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Elisabete Dorighetto Borges, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 26 (antigo prédio do Politécnico), Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 2598 2519 no horário das 9 às 17 horas, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 25982863.

Elisabete Dorighetto Borges
Responsável pela pesquisa

Eu, _____, declaro estar esclarecido
(a) sobre os termos apresentados.

ASSINATURA _____

Data: __ / __ / 2006

ANEXO 5 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ENTREVISTADOS

Características Gerais dos Entrevistados

ENTREVISTA 1

- Enfermeiro, sexo masculino, 31 anos, trabalha na equipe há 4 anos e 3 meses.

ENTREVISTA 2

- Médica, sexo feminino, 30 anos, trabalha na equipe há 4 semanas.

ENTREVISTA 3

- Médica, sexo feminino, 26 anos, trabalha na equipe há 1 ano e 11 meses.

ENTREVISTA 4

- Enfermeira, sexo feminino, 30 anos, trabalha na equipe há 1 ano.

ENTREVISTA 5

- Enfermeira, sexo feminino, 31 anos, trabalha na equipe há 4 anos.

ENTREVISTA 6

- Médico, sexo masculino, 27 anos, trabalha na equipe há 2 anos.

ENTREVISTA 7

- Enfermeira, sexo feminino, 30 anos, trabalha na equipe há 1 ano e 6 meses.

ENTREVISTA 8

- Médica, sexo feminino, 58 anos, trabalha na equipe há 6 meses.

ENTREVISTA 9

- Médico, sexo masculino, 36 anos, trabalha na equipe há 2 anos.

ENTREVISTA 10

- Médica, sexo feminino, 41 anos, trabalha na equipe há 6 anos.

ENTREVISTA 11

- Médico, sexo masculino, 37 anos, trabalha na equipe há 1 ano e 2 meses.

ENTREVISTA 12

- Médico, sexo masculino, 32 anos, trabalha na equipe há 1 ano e 3 meses.

ENTREVISTA 13

- Enfermeira, sexo feminino, 32 anos, trabalha na equipe há 2 anos e 2 meses.