



MÁRCIA SCHOTT

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NO ESTADO DE SÃO
PAULO**

Campinas

2013



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

MÁRCIA SCHOTT

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NO ESTADO DE SÃO
PAULO**

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Helena Salgado Bagnato

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Educação, na área de concentração de Ensino e Práticas Culturais.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA MÁRCIA SCHOTT E ORIENTADA PELA PROF.^ª. DRA. MARIA HELENA SALGADO BAGNATO.

Assinatura da Orientadora

**Campinas
2013**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Educação
Rosemary Passos - CRB 8/5751

Schott, Márcia, 1977-
Sch67e Educação Permanente em Saúde : implementação da Política no Estado de São Paulo / Márcia Schott. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Maria Helena Salgado Bagnato.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Educação Continuada. 2. Políticas Públicas. 3. Privatização. 4. Recursos Humanos na Saúde. 5. Serviços de Saúde. I. Bagnato, Maria Helena Salgado, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Permanent Education in Health : implementation of the policy in the state of São Paulo.

Palavras-chave em inglês:

Education Continuing
Public Policies
Privatization
Health Manpower
Health Services

Área de concentração: Ensino e Práticas Culturais

Titulação: Doutora em Educação

Banca examinadora:

Maria Helena Salgado Bagnato [Orientador]
Ana Luiza D'Avila Viana
Débora Cristina Jeffrey
Theresa Maria de Freitas Adrião
Tatiana Wargas de Faria Baptista

Data de defesa: 23-08-2013

Programa de Pós-Graduação: Educação

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA
NO ESTADO DE SÃO PAULO

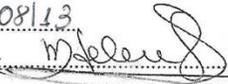
Autora: Márcia Schott

Orientador: Prof. Dra. Maria Helena Salgado Bagnato

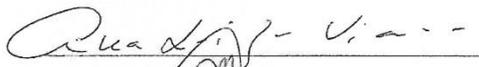
Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por
Márcia Schott e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 23/08/13

Assinatura:


Orientador

COMISSÃO JULGADORA:



Tatiana Augusto Baptista

2013

Agradecimento

À Deus, por tudo!

Resumo

Este estudo trata aspectos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Objetivou-se compreender de que maneira as novas diretrizes estabelecidas pela Portaria N° 1.996/GM/MS de 2007 estão sendo implementadas no estado de São Paulo. Além da análise documental foram realizadas entrevistas e aplicados questionários junto a integrantes de Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de SP que são os atores que exercem função chave no processo de implementação da Política. O estudo constatou que as Comissões de Integração Ensino-Serviço previstas como substitutas dos Pólos de Educação Permanente em Saúde não estão consolidadas no estado e suas atribuições são desenvolvidas mais pelas instâncias próprias da gestão estadual da saúde em SP que são os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS e seus Núcleos de Educação Permanente para o SUS existentes em cada DRS. Os Colegiados de Gestão Regional não são condutores da implementação da Política como previsto pela Portaria pois tratam das questões relativas a PNEPS muito mais via representantes indicados pelos gestores e que são assessorados pelos DRS(s) nas atividades relativas a Educação Permanente em Saúde como na construção e desenvolvimento dos PAREPS. Constatamos ainda que o financiamento da Política é de difícil execução mesmo com as novas diretrizes e que a participação do setor público é prevalente principalmente por parte da gestão da saúde e da formação sendo praticamente inexistente a participação da gestão da educação e dos serviços privados. Percebemos que as compreensões de EP dos sujeitos participantes tem concordância com a noção de educação permanente em saúde difundida pela OPAS e adotada pelo Ministério da Saúde. Por fim entendemos que as dificuldades para implementação das diretrizes da Política vão se inserir no contexto da constituição em curso das Redes de Atenção à Saúde e dos desafios de uma gestão regional.

Palavras-chave: Educação Continuada, Políticas Públicas, Privatização, Recursos Humanos em Saúde, Serviços de Saúde.

Abstract

This study deals with aspects of National Policy of Permanent Education in Health. The aim to understand how the new guidelines established by Ordinance No. 1,996/GM/MS 2007 are being implemented in the state of São Paulo in Brazil. In addition to the documentary analysis and interviews were held with questionnaires applied members of Regional Health Departments (RHD) of SP are the actors who play key role in the process of implementation of the policy. The study found that the Teaching-Service Integration Committees referred to as a substitute of Permanent Education in Health Póle are not consolidated in the state and their assignments are developed more by instances of the state of health in SP management that are the Centers of Development and Qualifying for the SUS and its Permanent Education Centers for the SUS exist in each RHD. The Regional Management Committees are not drivers of implementation politics as indicated by Ordinance for address NPPEH issues more via representatives appointed by managers and who are advised by the RHD in activities related to permanent education in health as in the construction and development of PAREPS. We note that the policy is difficult running even with the new guidelines and that the participation of the public sector is prevalent mainly on the part of health management and training being virtually non-existent participation of education and management of private services. We realize that the understandings of subjects ' EP participants have filleted with the concept of Permanent Education in Health (PEH) diffused by PAHO and adopted by the Ministry of Health. Finally we believe that the difficulties in implementation of the policy guidelines will be put in the context of the constitution in the course of Health Care Network and the challenges of regional management.

Key words: Education Continuing, Public Policies, Privatization, Health Manpower, Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SP E RESPECTIVAS CIES, E CIDADES SEDES DOS DRS(S) (2009 A 2011).	133
Figura 2.	INSTÂNCIAS QUE CONFORMAM A PNEPS NO ESTADO DE SÃO PAULO (2008-2012).....	144
Figura 3.	MAPA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012.....	209

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	MATRÍCULAS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO NA ÁREA DA SAÚDE POR MODALIDADES DE OFERTA, BRASIL, 2005.....	18
Tabela 2.	PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR OCUPADO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR MODALIDADES DE VÍNCULOS E JORNADA DE TRABALHO SEGUNDO PESQUISA AMS 2009.....	22
Tabela 3.	DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS SEGUNDO REALIZAÇÃO DE CONTRATAÇÃO DIRETA, CONTRATAÇÃO INDIRETA, TRABALHO PROTEGIDO E TRABALHO DESPROTEGIDO DE MÉDICOS, ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM E ACS, BRASIL, 2009.....	23
Tabela 4.	PESSOAL OCUPADO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE E POR ESFERA ADMINISTRATIVA CONSIDERANDO DADOS DA PESQUISA AMS 2009.....	25
Tabela 5.	PESSOAL OCUPADO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE A PARTIR DE DADOS DA PESQUISA AMS DE 2002, 2005 E 2009.....	25
Tabela 6.	PESSOAL TÉCNICO/AUXILIAR OCUPADO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE E POR ESFERA ADMINISTRATIVA CONSIDERANDO DADOS DA PESQUISA AMS 2009.....	26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: GÊNERO DOS RESUMOS E TEXTOS COMPLETOS DOS ARTIGOS ENCONTRADOS A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE, ABRIL DE 2011.....	78
Gráfico 2.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: TEMAS DOS RESUMOS E TEXTOS COMPLETOS DOS ARTIGOS ENCONTRADOS A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE, ABRIL DE 2011.....	79
Gráfico 3.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: ÁREAS DA SAÚDE MAIS FREQUENTES AS QUAIS ESTÃO RELACIONADAS OS ARTIGOS ENCONTRADOS A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE, ABRIL DE 2011.....	80
Gráfico 4.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS IDENTIFICADOS NOS ARTIGOS ENCONTRADOS A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE, ABRIL DE 2011.....	83
Gráfico 5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS ARTIGOS ENCONTRADOS, ABRIL DE 2011.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	AÇÕES E PROGRAMAS INSTITUÍDOS PELO GOVERNO FEDERAL BRASILEIRO NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA DE TRABALHADORES DA SAÚDE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	02
Quadro 2.	AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE, BRASIL, 2012.....	24
Quadro 3.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: ESTRATIFICAÇÃO A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA <i>EDUCAÇÃO CONTINUADA</i> , <i>EDUCAÇÃO PERMANENTE</i> , ABRIL DE 2011.....	75
Quadro 4.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS COM OS TERMOS DE BUSCA <i>EDUCAÇÃO CONTINUADA</i> , <i>EDUCAÇÃO PERMANENTE</i> : COMPOSIÇÃO FINAL DA AMOSTRA APÓS ESTRATIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ARTIGOS QUE TINHAM COMO <i>ASSUNTO PRINCIPAL</i> A EDUCAÇÃO CONTINUADA, ABRIL DE 2011.....	76
Quadro 5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS: AUTORES E REFERÊNCIAS MAIS CITADAS ENTRE OS ARTIGOS ANALISADOS.....	87
Quadro 6.	DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE (DRS'S) DO ESTADO DE SÃO PAULO CONFORME DECRETO Nº 51.433 DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006.....	129
Quadro 7.	DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE (DRS) E AS INSTÂNCIAS QUE CONFORMAM A PNEPS NO ESTADO DE SÃO PAULO: COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES), COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL (CGR) E CENTROS DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO PARA O SUS (CDQS).....	132
Quadro 8.	RELAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	136
Quadro 9.	DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE (DRS'S) DE SP PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	137
Quadro 10.	PARTICIPANTES DOS PÓLOS E CIES NO ÂMBITO DA PNEPS (2004/2007).....	155
Quadro 11.	REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTADO DE SP, 2012.....	210

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AE	AÇÃO EDUCATIVA
AMS	ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA
ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
BID	BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO
BM	BANCO MUNDIAL
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CADRH	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CDQH	CENTROS DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO PARA O SUS
CEAA	CAMPANHA DE EDUCAÇÃO DE ADOLESCENTES E ADULTOS
CEFET	CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA
CEFOR	CENTRO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS
CEPAL	COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE
CGR	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL
CIB	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CIES	COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO
CIR	COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
CNE	CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CNEA	CAMPANHA NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DO ANALFABETISMO
CNRH	CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CONACS	CONSELHO NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
CONASEMS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASS	CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CONEP	COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
CONFINTEA	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS
COSEMS	COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CRH	COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
CRTS	CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DeCS	DESCRITORES EM SAÚDE
DesprecarizaSUS	PROGRAMA NACIONAL DE DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

DRS	DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE
EC	EDUCAÇÃO CONTINUADA
EJA	EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS
ENSP	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
EP	EDUCAÇÃO PERMANENTE
EPS	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
EPSJV	ESCOLA POLITÉCNICA EM SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FAMEMA	FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
FMI	FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
GERUS	DESENVOLVIMENTO GERENCIAL EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
GSDRH	GRUPO DE SELEÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IFES	INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR
INAF	INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL
INEP	INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA
IPM	INSTITUTO PAULO MONTENEGRO
LDB	LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO
LILACS	LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MNNP-SUS	MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS
MOBRAL	MOVIMENTO BRASILEIRO DE ALFABETIZAÇÃO
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NAET	NÚCLEO DE APOIO AS ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE
NEPS	NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
NEPP	NÚCLEO DE ESTUDOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS
NOB	NORMA OPERACIONAL BÁSICA
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
PAREPS	PLANO DE AÇÃO REGIONAL PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PBA	PROGRAMA BRASIL ALFABETIZADO
PCCS-SUS	PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALÁRIOS NO ÂMBITO DO SUS
PEPS	PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PET-SAÚDE	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE
PITS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
PNAD	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO

PNE	PLANO NACIONAL DA EDUCAÇÃO
PNEPS	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PPREP	PROGRAMA DE PREPARAÇÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAL DE SAÚDE
PREPS	PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PROEJA	PROGRAMA NACIONAL DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA COM A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS
PROFAE	PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM
PROFAPS	PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE
PROFORMAR	PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROMED	PROGRAMA DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES NAS ESCOLAS MÉDICAS
PRÓ-RESIDÊNCIAS	PROGRAMA DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS
PRÓ-SAÚDE	PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
RAS	REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
RRAS	REDES REGIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGESUS	REDE DE ENSINO PARA A GESTÃO ESTRATÉGICA DO SUS
RET-SUS	REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS
RHS	RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
RSB	REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA
SAS	SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SCTIE	SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
SE	SECRETARIA EXECUTIVA
SES	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SESAI	SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
SGEP	SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
SGTES	SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
SCN	SISTEMA DE CONTAS NACIONAIS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TELESSAÚDE	PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL
UEL	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
UFES	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
UFMG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UFRJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNA-SUS	UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNESCO	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA
UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
UNIFESP	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
VER-SUS	VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO I. O DILEMA DO <i>MIX</i> PÚBLICO E PRIVADO NO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: uma correlação que se estende da formação aos serviços.....	11
1.1 PROFISSIONAIS E/OU TRABALHADORES: quem são os <i>recursos humanos</i> em saúde? Um esforço ao desvelamento!.....	19
CAPÍTULO II. EDUCAÇÃO PERMANENTE: entre uma educação ideal e um ideal de educação.....	30
2.1. DIFUSÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE: papel da UNESCO e influências da Comunidade Europeia.....	36
2.1.1. O CASO BRASILEIRO: as faces do alfabetismo.....	55
2.2. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: o protagonismo da OPAS.....	67
2.3. A SAÚDE INDECISA? A dualidade educação permanente versus educação continuada.....	74
2.3.1. Revisão bibliográfica: aspectos metodológicos.....	74
2.3.2. Resultados.....	77
2.3.3. Discussão.....	91
2.3.4. Conclusão.....	96
2.4. INFERÊNCIAS: de um ideal a um modelo para a saúde.....	97
CAPÍTULO III. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: da agenda à implementação.....	100
3.1. A EPS na agenda política.....	102
3.2. GIRANDO A RODA: a instituição da PNEPS.....	105
3.3. TROCANDO A RODA: novas diretrizes da Política.....	111
3.4. DE RODA EM RODA: permanências e rupturas.....	117
3.5. DECRETO Nº 7.508/2011: implicações na PNEPS.....	121

CAPÍTULO IV. A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SP: dos Pólos às CIES.....	126
4.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA: campo, fontes e sujeitos, a análise.....	126
4.1.1. Estrutura administrativa da área da saúde no estado de São Paulo e a Política de Educação Permanente.....	129
4.1.2. Fontes e Sujeitos.....	134
4.1.3. Análise: concepções norteadoras.....	139
4.2. ANTECEDENTES: da mudança de Pólos às CIES.....	141
4.3. CIES, CDQS e NEPS: novos <i>textos e recontextualizações</i>	146
4.4. PARTICIPAÇÃO: manutenção do quadrilátero.....	154
4.4.1. Gestores.....	157
4.4.2. Instituições de Ensino.....	162
4.4.3. Trabalhadores.....	168
4.4.4. Controle Social.....	173
4.5. O PÚBLICO E O PRIVADO NA PNEPS: ainda à margem do “dilema”.....	175
4.6. PAREPS.....	185
4.7. A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO: os desafios de uma gestão regional...	190
4.8 COMPREENSÕES DE EP.....	195
4.9. AVANÇOS E DESAFIOS: perspectivas sobre as novas diretrizes da Política.	203
4.10. AS RRAS E A EP: expectativas em curso.....	208
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 221
 REFERÊNCIAS.....	 225
 OBRAS CONSULTADAS.....	 270
 ANEXOS.....	 272

Em tempo algum pude ser um observador “acidentadamente” imparcial, o que, porém, jamais me afastou de uma posição rigorosamente ética. Quem observa o faz de um certo ponto de vista, o que não situa o observador em erro. O erro na verdade é não ter um certo ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo do acerto de seu ponto de vista é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele (FREIRE, 2010, p. 14).

Introdução

Nos anos de 1980, o processo de democratização do Brasil contou com um complexo movimento de negociação política entre atores da área da saúde, parlamentares e Poder Executivo que resultou em dois grandes momentos na política de saúde do país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Assembleia Constituinte (LIMA et al., 2005)¹.

Segundo Gerschman e Santos (2006), nesse período, os interesses setoriais foram disputados pelos partidos políticos em favor do fortalecimento de suas bases eleitorais e de alianças estratégicas no Congresso. A Constituição de 1988 além de estabelecer a saúde como “direito de todos e dever do Estado” constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BAPTISTA, 2005). De acordo com a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990, o SUS compreende:

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, [...].

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Ao SUS foi atribuído no Artigo 200: “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde” (BRASIL, 1988).

Desde sua constituição o SUS ainda não ordena a formação de profissionais para a saúde. Há que se considerar, no entanto, que algumas iniciativas já foram tomadas na perspectiva da formação e da educação continuada conforme descritas no quadro 1 a seguir.

¹ Uma análise recente da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi realizada por Paim (2008). A partir de uma reflexão crítica baseada na concepção de *projeto*, o autor busca responder diversas questões tais como – “Que dilemas enfrentou na sua concepção e no seu *processo*?”; A RSB seria “uma promessa não cumprida pelas forças políticas que apostaram no processo de redemocratização do país?”; “Que perspectivas se colocam, atualmente, para tal projeto?” (PAIM, 2008, p. 28).

Quadro 1. Ações e programas instituídos pelo governo federal brasileiro no âmbito da formação e educação continuada de trabalhadores da saúde a partir da implantação do SUS.

ANO	AÇÃO	DEFINIÇÃO
1993	GERUS	Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS – proposta gerencial de unidades básicas bem como outros estabelecimentos de saúde do SUS no sentido da institucionalização de mudanças na organização dos serviços contemplando as necessidades e realidades locais. O componente central da operacionalização seria a capacitação de gerentes das unidades de saúde para avaliação das condições sócioepidemiológicas e dos serviços, a reorganização dos serviços e a condução de seus processos produtivos com qualidade e produtividade (BRASIL, 1997). O GERUS desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) através de Apoio de Cooperação Técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde em 1993 (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA-ENSP, 2010). Em 2001 foi criada a Rede Gestão do SUS, como a mesma sigla, com o objetivo de elaborar e aplicar metodologias educativas para o desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS, 2010).
2000	PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – foi instituído em 1999 pela Portaria 1262/GM do Ministério da Saúde objetivando a profissionalização dos trabalhadores da saúde de nível médio tendo como meta a qualificação profissional de auxiliares e técnicos em enfermagem e a promoção de escolarização daqueles que não tinham ainda concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2010a).
	RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) no sentido de fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde. Foi instituída pela portaria Nº 1298 de novembro de 2000 (atualizada pela portaria Nº 2970 de novembro de 2009). “A RET-SUS é composta pelas 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS que existem em todos os estados do Brasil. São todas instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas, 33 são estaduais, duas são municipais e uma é federal” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO-EPSJV, 2010a).
2001	PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – criado pelo Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, constitui-se uma modalidade de educação continuada em serviço, destinada a médicos e enfermeiros compreendendo atividades de atenção básica, desenvolvidas segundo o Programa de Saúde da Família tendo como base unidades básicas de saúde de municípios selecionados. A proposta compreende a realização de cursos de especialização em Saúde da Família obrigatório e com duração de um ano (BRASIL, 2003).
	PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – estratégia para promoção da formação profissional em Vigilância em Saúde em todo o país compreendendo ações de qualificação dos trabalhadores de nível médio que atuam nesta área. “O Programa foi responsável pela qualificação inicial de cerca de 32 mil profissionais em todo o país [...]. Atualmente, vincula-se ao desenvolvimento articulado de vários projetos de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, e de diferentes

Continua...

		iniciativas do Ministério da Saúde no âmbito da Política de Educação Permanente para o SUS, especialmente àquelas que buscam ordenar a formação dos trabalhadores da área de vigilância através da discussão do perfil de competências e do estabelecimento de diretrizes curriculares” (EPSJV, 2010b).
2002	PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas-foi lançado pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tem como objetivo principal incentivar mudanças curriculares nas escolas médicas além de sua produção de conhecimento e programas de educação permanente mais voltados à realidade social para fortalecimento do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-UNIFESP, 2010).
2004	VER-SUS	Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde – projeto que se destina a estudantes universitários brasileiros da área da saúde com o intuito de propiciar na formação desses profissionais um contato com a realidade dos serviços de saúde e da população preparando-os melhor para a prática neste setor e por conseguinte melhorias atenção à saúde prestada no SUS (BRASIL, 2010b).
2005	PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - lançado por uma portaria interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) que tem como objetivo geral incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde doença. Visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica. (BRASIL, 2010c). Em 2005 foram selecionados 38 cursos de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia (BRASIL, 2005).
2006	REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS - é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de fortalecer e qualificar a gestão do SUS através de uma ação cooperativa de instituições acadêmicas objetivando o fortalecimento de processos formativos no âmbito da gestão estratégica em saúde. (BRASIL, 2010d).
2007	TELESSAÚDE	Programa Nacional Telessaúde Brasil – instituído pela Portaria GM 35/2007 que foi revogada pela Portaria GM 402/2010. Visa a melhoria do atendimento no SUS através de uma integração ensino e serviço por meio de tecnologias da informação para promoção de Teleassistência e Teleducação. “O Programa Telessaúde Brasil busca criar núcleos de Telessaúde em todo o País, priorizando a região Nordeste e a Amazônia legal, conforme metas traçadas no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2012a).
2008	UnA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - visa melhorar a formação dos profissionais do SUS, por meio de cursos à distância no sentido de <i>qualificar até 2011, metade da mão-de-obra do SUS</i> através de cursos de especialização em Saúde da Família para mais de 52 mil profissionais, e capacitação gerencial para outros 100 mil trabalhadores de saúde. O MS informa nesta proposta que a maioria (96%) dos 71 mil profissionais de nível superior envolvidos na Saúde da Família não têm especialização nesta área (BRASIL, 2010e).
	PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – respaldado nos resultados alcançados pelo Profae, seu objetivo é a qualificação e ou habilitação de “745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos”. Essa formação se dará principalmente através das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e

		Centros Formadores vinculados à gestão estadual e municipal de saúde contando com uma articulação de vários segmentos tanto públicos quanto privados (BRASIL, 2010f).
2009	PRÓ-RESIDÊNCIAS	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - trata-se de uma nova modalidade de financiamento de Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde implantada pela SGTES e o MS visando o aprimoramento da formação de especialistas no país. As bolsas tem duração de um a cinco anos. “O número de residentes/ano contemplados com bolsas de programas de residência médica e de programas de residências multiprofissionais e em área profissional da Saúde totaliza cerca de 1.300 bolsistas. A cada início de ano letivo, é acrescido o mesmo número de novas bolsas, além de ser mantido o pagamento das iniciais, considerando-se a duração de cada programa” (BRASIL,2012b).
2010	PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. É uma das estratégias do PRÓ-SAÚDE, e tem como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade contando com bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. “Cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes - sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas - e 6 (seis) preceptores. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês” (BRASIL, 2012c).
2011	PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Tem o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família contemplando médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. O Programa conta com a supervisão presencial e à distância desenvolvida por tutores de instituição de ensino superior, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino, selecionados por meio de edital(ais) específico(s). Também aos participantes está previsto prazo de 2 (dois) anos o oferecimento de curso de especialização em Saúde da Família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Estão em vigor o PROBAB 2012 e 2013 (BRASIL, 2013a).
2013	MAIS MÉDICOS	Programa instituído pela Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013 com a “finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2013b). Tem entre os objetivos a expansão na oferta de médicos no SUS principalmente em regiões de maior carência. O programa também prevê intervenções na formação em medicina como o aumento do número de cursos e alterações curriculares a entrarem em vigor a partir do ano 2015.

Fonte: elaboração própria

Em novembro de 1997, o Ministério da Saúde (MS) iniciou também a implantação dos “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família”. Vinculados a um complexo institucional do qual faziam parte Instituições de Ensino Superior e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde, esses Pólos constituíram um conjunto articulado de instituições voltadas para o desenvolvimento

de recursos humanos responsáveis pela implementação da Estratégia de Saúde da Família (CAMPOS et al., 2006).

Em 2000, decorridos três anos de sua implantação, foi avaliada a atuação desses Pólos de Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por solicitação do MS (NEPP, 2002). Os principais resultados da avaliação realizada em 2000 explicitaram alguns dilemas relacionados com as diretrizes educacionais para a saúde e a institucionalização do ensino. Alguns resultados – recorrentes ou identificados durante o trabalho de campo – indicaram a necessidade de soluções corajosas para o aprimoramento da formação e educação permanente de pessoal para a saúde, em geral, e para a atenção básica, em particular (CAMPOS et al., 2006).

Em 13 de fevereiro de 2004 a Portaria N° 198/GM/MS “Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências”. Em seu Artigo 1º Parágrafo Único resolve: “A condução locorregional 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 locorregional/roda de gestão) [...]” (BRASIL, 2004).

Em 2005 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) definiu a realização de uma pesquisa com o intuito de avaliar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Este estudo² foi realizado em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (CAMPOS et al., 2006). Minha participação nesta pesquisa no estado do Rio de Janeiro (RJ) foi subsídio para minha dissertação³ de Mestrado em que analisei o processo decisório de formação e funcionamento das instâncias gestoras, Colegiado de

² Em 2005 a SGTES constituiu o Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. O desenho da avaliação proposta, os objetivos e o marco analítico estão publicados no artigo *Os desafios para a educação permanente no SUS* (CAMPOS et al., 2006).

³ SCHOTT, M. Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

Gestão e Conselho Gestor, dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) constituídos no estado.

Antes de serem divulgados os resultados⁴ desta avaliação da Política tanto do RJ quanto em outras regiões do país, novas diretrizes foram estabelecidas para a PNEPS dadas pela Portaria N° 1.996/GM/MS de 2007. Faz-se necessário agora compreender quais contribuições essas diretrizes trazem para a educação permanente do trabalhador da saúde?

No horizonte desta pesquisa busca-se uma compreensão da realidade como totalidade concreta “que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos” (KOSIK, 1976, p. 36). Esse estudo é relevante na discussão da educação permanente em saúde (EPS) pois busca refleti-la a partir de suas concepções históricas e dos determinantes da formação e do trabalho em saúde no Brasil. Compreender essas mediações pode ser mais um passo para uma atenção em saúde que seja integral, humanizada e resolutiva.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A EPS tem sido adotada como norteadora da formação e do desenvolvimento de profissionais para o SUS mediante o pressuposto do potencial da aprendizagem significativa para transformação das práticas em saúde. Neste sentido é fundamental uma discussão histórica do conceito de EP e sua apropriação pela área da saúde. Faz-se necessário identificar de que maneira as atuais diretrizes da PNEPS tem sido implementadas e os desafios para educação permanente do profissional da saúde e ordenação da formação em saúde?

⁴ A avaliação dos Pólos de Educação Permanente no estado de São Paulo está publicada em Viana et al (2008). A análise da implantação da Política tanto no Rio de Janeiro como em outros estados está divulgada em Pierantoni e Viana (2010). O Relatório Final da pesquisa foi publicado pela Fundação Faculdade de Medicina da USP (2008).

OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo.

Objetivos específicos:

- 1) Realizar uma revisão de literatura sistemática sobre o uso dos termos educação permanente e educação continuada na área da saúde;
- 2) Analisar a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) no estado de SP previstas como substitutas dos Pólos de Educação Permanente a partir da Portaria N° 1.996/GM/MS de 2007;
- 3) Identificar a compreensão que os sujeitos-chave do processo de implementação da Política têm sobre EPS;
- 4) Apontar as dificuldades existentes para implementação das diretrizes da Política.

PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

Apresentamos o caminho teórico metodológico percorrido na realização deste trabalho no sentido da exploração das questões norteadoras da pesquisa reconhecendo os limites para uma discussão exaustiva dada a complexidade de seu objeto. Com vistas a alcançar um maior entendimento do contexto no qual se insere a PNEPS e do qual ela emerge realizamos ampla consulta a fontes secundárias e revisão de literatura que resultou num arcabouço teórico e recorte metodológico que no nosso entendimento guardam coerência com os objetivos estabelecidos.

Inicialmente abordamos os três temas centrais deste estudo pois são constitutivos do debate em torno da educação permanente em saúde: o trabalho, a educação, a política. Por fim tratamos da PNEPS no estado de São Paulo.

No capítulo 1 buscamos compreender o trabalho em saúde no Brasil a partir de um delineamento de seus trabalhadores. Identificamos que existe uma correlação público/privada que se estende da formação a atuação dos profissionais nos estabelecimentos de saúde que gera contradições para a gestão da educação e do trabalho em saúde de difícil enfrentamento.

No capítulo 2 discutimos o conceito de educação permanente desde sua emergência nos anos de 1970 reconhecendo o protagonismo da UNESCO nesse período. Identificamos as mudanças ocorridas até o presente entendendo que foram influenciadas principalmente por pretensões defendidas pela Comissão Europeia (CE). Em seguida procuramos compreender a apropriação que a área da saúde fez desse conceito de educação constatando que foi um movimento capitaneado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Reconhecendo ainda a existência na área da saúde de uma dualidade entre educação permanente e educação continuada realizamos uma revisão sistemática a partir desses termos na base de dados LILACS cuja metodologia, resultados e discussão encerram esta unidade.

No capítulo 3 introduzimos a temática da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) trazendo discussões da agenda da saúde que antecederam sua instituição no ano de 2004. Apresentamos resultados de avaliações já realizadas e as principais alterações nas diretrizes da Política estabelecidas pela Portaria Nº1.996/GM/MS de 2007.

No capítulo 4 detalhamos a metodologia utilizada no empreendimento de alcançar os demais objetivos desta pesquisa trazendo a configuração administrativa da área da saúde no estado de São Paulo, os sujeitos participantes e instrumentos utilizados. Em seguida analisamos a implementação da PNEPS em SP com destaque para a constituição e funcionamento das CIES cujo entendimento permite a distinção da gestão em saúde no estado e que imprimem *recontextualização* da Política.

Trazemos ainda as compreensões de EP dos sujeitos participantes que tem concordância com a noção de EPS difundida pela OPAS e adotada pelo Ministério da Saúde. A análise permitiu identificar as dificuldades para implementação das diretrizes da Portaria que se depara com a constituição em curso das Redes de Atenção à Saúde (RRAS) e os desafios de uma gestão regional cuja regulação opera numa fronteira tênue entre mercado e interesse público.

Por fim, nas considerações finais, recuperamos as principais questões levantadas ao longo do trabalho mediadas por apontamentos que julgamos contribuir para uma Política que viabilize a ordenação pública da educação dos trabalhadores da saúde brasileira.

Em síntese, a saúde possui três dimensões: estado vital, setor produtivo e área do saber. Diante delas, entende-se o modo pelo qual as sociedades identificam problemas e necessidades de saúde, buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-los sofre influências econômicas, políticas e culturais. Assim cada sociedade organiza o seu sistema de saúde de acordo com as suas crenças e valores, sob a influência de determinantes sociais (PAIM, 2009, p. 12).

CAPÍTULO I

O DILEMA DO *MIX*⁵ PÚBLICO E PRIVADO NO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: UMA CORRELAÇÃO QUE SE ESTENDE DA FORMAÇÃO AOS SERVIÇOS.

Marcado pelo neoliberalismo, por uma pesada dívida pública e pelo descenso da luta social, a compreensão da natureza das contradições do mix público/privado no setor saúde constitui um significativo desafio teórico e prático (OCKÉ-REIS e SOPHIA, 2009, p.77).

Contrário às aspirações do movimento pela reforma sanitária brasileira, o período seguinte a Constituição de 1988 foi contingenciado por imperativos neoliberais que resultaram de certa forma num esgarçamento do processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema público e universal de saúde do país se vê incessantemente numa luta, numa disputa de interesses privatistas que se valem de seu esmaecimento e contraditoriamente serve como uma “saída” – socorre uma parcela privilegiada da população que pode pagar por uma atenção à saúde que se propõe ser melhor nos serviços oferecidos.

Segundo Adrião (2006, p. 48) configurou-se nesse período um cenário em que a reforma do Estado difere da

[...] simples minimização da ação estatal por meio da privatização de todo setor público, no sentido de transferência direta da propriedade estatal ao setor privado, assumindo, assim, diferentes manifestações na perspectiva da redefinição do papel do Estado: de provedor de políticas públicas passa a ser indutor destas, um promotor à caça de patrocinadores.

⁵ O termo *mix* é uma palavra em inglês que significa mistura. Como na epígrafe acima, a expressão *mix* é às vezes empregada por alguns autores para se referirem a uma dicotomia na assistência à saúde brasileira realizada tanto por organizações estatais (de natureza pública) quanto empresarias (privadas) (MENICUCCI, 2011).

A maneira como o Estado se organiza com os demais atores neste processo Barroso (2006, p. 50) identifica como *regulação nacional*:

o modo como as autoridades públicas (neste caso o Estado e a sua administração) exercem a coordenação, o controle e a influência sobre o sistema educativo, orientando através de normas, injunções e constrangimentos o contexto da acção dos diferentes atores sociais e seus resultados (BARROSO, 2006, p. 50).

Desta forma, sendo o Estado um “*promoter* à caça de patrocinadores” estreitam-se as relações estabelecidas com o mercado a tal ponto que vem se instituindo a lógica de uma *regulação pelo mercado* em que “el orden natural está dado por el mercado y las acciones del Estado son necesarias sólo para corregir las eventuales distorciones provocadas por el sector privado” (MORDUCHOWICZ, 2000, p. 5). Estrutura-se uma nova sociabilidade em que os “valores del mercado, competitividad, productividad y eficiencia establecen la medida de todas las relaciones sociales, también aquellas que articulan la propuesta educativa y, dentro de ella, las relaciones entre proveedores y usuarios [...]” entre o Estado e as instituições educativas (TIRAMONTI, 2001, p. 38).

A lógica de mercado na saúde tem levado a uma discussão latente que é o fortalecimento de uma assistência à saúde complementar⁶ ao SUS.

A atenção à saúde no Brasil é realizada através de dois sistemas, um público e outro privado sendo que o sistema público de saúde envolve prestadores públicos e privados contratados e conveniados (MOYSÉS et al., 2006; MACHADO, 2009). Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 2005 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que dos 77.004 estabelecimentos de saúde do país, 45.089 eram públicos e 31.915 pertenciam à esfera privada (IBGE, 2006). No mesmo ano, de um total de 2.566.694 empregos da saúde 56,4% eram públicos e 43,6% privados (Brasil, 2007).

⁶ De acordo com Ugá e Porto (2009) o tipo de seguros e planos de saúde no Brasil não seria de fato complementar em que se compra um seguro ou plano de saúde principalmente por “[...] diferenças na hotelaria hospitalar e ambulatorial provida pelo sistema público, de seguro social, como no caso francês e alemão” (UGÁ e PORTO, 2009, p. 476). As autoras consideram além do tipo complementar outras três modalidades de seguros e planos de saúde: seguro puro (saúde é responsabilidade do indivíduo e o Estado intervém para grupos específicos - tipo estadunidense), substitutivo (seguro alternativo para aqueles que se retiram do acesso aos sistema público de saúde - caso holandês e chileno), complementar (cobertura de serviços excluídos ou parcialmente cobertos pelo sistema público – tipo canadense).

Pesquisa mais recente (AMS – 2009) informa que dos 94.070 estabelecimentos de saúde (unidades assistenciais) 52.023 ou 55,3% são de natureza jurídica pública sendo a maioria municipal (95,6%), 1,8% federal e 2,5% estadual. Os estabelecimentos privados de saúde são predominantemente com fins lucrativos (90,6%). Desde a Pesquisa anterior de 2005 observou-se uma diminuição da proporção de estabelecimentos sem fins lucrativos (9,4%) e de estabelecimentos com vínculo com o sistema público de saúde (SUS), que antes representavam 30,6% dos estabelecimentos privados, passando para 27,1% em 2009 (IBGE, 2010). Dados atualizados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam um total de 255.770 unidades sendo 71.066 públicas e 184.704 privadas (CNES, 2013).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD/IBGE) de 2008, no Brasil mais de 45,7 milhões de pessoas estão vinculadas a algum tipo de plano de assistência médica correspondendo a 24,1% da população [sendo 18,7% com plano privado e 5,4% plano público] (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR-ANS, 2010).

Bahia e Scheffer (2009) destacam que na análise do mercado de planos e seguros de saúde brasileiros sua abrangência dever ser medida considerando não apenas o contingente de pessoas cobertas mas também o número de empresas envolvidas e seu faturamento e a mobilização de recursos assistenciais o que permite identificar uma expressiva⁷ movimentação financeira neste mercado. Segundo IBGE (2011) no âmbito do Sistema de Contas Nacionais (SCN) os dados relativos à saúde apontam que:

- ✓ Em 2009 os serviços de saúde foram responsáveis por 64,8% do total de gastos com a saúde;
- ✓ As despesas públicas *per capita* com consumo de bens e serviços de saúde passaram de R\$ 502,36 reais, em 2007, para R\$ 645,27, em 2009, um crescimento, em valores correntes, de 28,4%.

⁷ A receita das operadoras de planos privados de saúde no ano de 2009 foi de pouco mais de R\$ 65 bilhões (ANS, 2010).

- ✓ As despesas *per capita* privadas subiram de R\$698,98, em 2007, para R\$835,65, em 2009 – um aumento de 19,6% em valores correntes (sem descontar variações de preços).
- ✓ No período de 2007 a 2009, em média, 4,5% dos postos de trabalho e de 7,8% das remunerações do trabalho no País estavam em atividades de saúde.

Nota-se que embora tenha havido aumento das despesas públicas *per capitas* com consumos de bens e serviços de saúde, as despesas privadas *per capitas* também aumentaram e mantiveram-se superiores. Analisando o financiamento da assistência à saúde e as receitas das empresas de planos e seguros de saúde, percebe-se haver um crescimento mútuo do setor público e do privado marcado por uma

assimetria das receitas disponíveis para as demandas vinculadas a planos e seguros de saúde em relação àquelas financiadas com os recursos públicos [...] O Brasil destina pelo menos duas vezes mais recursos financeiros para quem está vinculado aos planos e seguros de saúde do que para as ações universais (BAHIA, 2011, p.125).

Essas contradições corroboram as considerações de Menicucci (2011) sobre a reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado:

A característica dual do sistema de saúde impede que o setor público tenha na rede privada garantia da prestação de serviços públicos. Esse legado gera a necessidade de regulação governamental mais forte, para, de fato, publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal (MENICUCCI, 2011, p. 195).

O mercado de planos e seguros de saúde possui os seguintes agentes: “os consumidores (ou beneficiários), os prestadores (ou provedores) de serviço (hospitais, médicos, clínicas e laboratórios), as operadoras de planos e seguros, o órgão regulador e a indústria de equipamentos, materiais e fármacos, que fornece os insumos ao mercado” (CECHIN, 2008, p. 33).

Ugá e Porto (2009) apontam que embora o Brasil tenha um sistema de saúde constitucionalmente de acesso universal e integral, a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de 44%, dado semelhante ao sistema norte-americano tipicamente

liberal⁸. Num balanço dos 20 anos do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aponta que o gasto público em saúde relativo ao gasto total foi de 76,8% em média em outros 22 países de acesso universal no ano de 2005 (CONASS, 2009) confirmando a existência de uma relação direta na proporção dos gastos públicos e a universalização dos sistemas de saúde (BAHIA, 2011).

De acordo com Menicucci (2007) é evidente a expansão da assistência privada e a escassez permanente de recursos destinados ao SUS-

[...] as tendências de privatização e de retraimento da ação estatal, como uma das conseqüências do movimento de reforma do Estado relacionado à crise econômica a partir dos anos 80, favorecem o aprofundamento da dualidade do sistema de saúde brasileiro, que tem muitas das características enfatizadas nas discussões normativas sobre a reforma do Estado. Entre essas características, distinguem-se, particularmente, a focalização da ação governamental nos mais pobres, a separação entre financiamento e provisão, e a delegação ao mercado [...] Por meio de estratégias indiretas, particularmente a falta de regularidade do financiamento das ações de saúde, inviabiliza-se, na prática, a efetivação do sistema público, principalmente quando se considera a ampliação formal da demanda a partir da definição do acesso a serviços de saúde como parte fundamental do direito à saúde, consagrado na Constituição (MENICUCCI, 2007, p.46s).

O panorama do financiamento da saúde permite reconhecer que a mercantilização de um direito público engendra-se na estrutura do Estado na tentativa de uma hegemonia pela legitimação do privado como alternativa relegando o público a uma estratégia de não universalização mas de *focalização* de suas políticas, “substituindo a política de acesso universal pelo acesso seletivo” (MORAES, 2001, p.66). E esse *mix* de oferta de serviços públicos e privados é um ponto de congruência entre a saúde e a educação brasileiras.

Castro (2007) analisando o gasto público com a educação básica no país observou que entre 1995 e 2005 embora o gasto total tenha tido um aumento de 48% (de R\$ 45,0 bilhões para R\$ 66,6 bilhões) os grandes responsáveis são os estados e municípios.

Os dados demonstram que as esferas de governo assumiram as determinações decorrentes da atual Constituição Federal brasileira, que atribuem aos estados e

⁸ Neste modelo o acesso aos serviços de saúde “tendem a ser financiados predominantemente pelo gasto privado, tanto direto (pelo desembolso direto no ato do consumo de serviços de saúde) como o decorrente da compra de planos e seguros de saúde privados” (UGÁ e PORTO, 2009, p. 479).

municípios a responsabilidade pela oferta da educação básica. Por outro lado, o governo federal buscou cumprir uma função supletiva com baixa aplicação de recursos; assim, a maior parte dos recursos aplicados pelo governo federal, na área da educação, destina-se ao custeio das IFES, escolas técnicas federais e centros federais de ensino tecnológico (CEFETs) (CASTRO, 2007, p. 866).

Dados do Censo da Educação Superior do ano 2011 apontam que de um total de 2.365 instituições apenas 284 (12%) eram públicas e 2.081 privadas (88%) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA-INEP, 2013). No mesmo ano, 27,8% das matrículas na graduação presencial foi em instituições públicas e 72,2% nas IES privadas (INEP, 2013).

É importante notar também a diferenciação na distribuição geográfica das Instituições de Ensino Superior no país: 48,9% está localizada na região Sudeste, 18,3% no Nordeste, 16,5% no Sul, 9,9% no Centro-Oeste e 6,4% no Norte (INEP, 2013).

Entre as dez maiores IES em números de matrículas de graduação, nove são privadas e uma é pública estadual, e, quanto à organização acadêmica, registram-se oito universidades, um centro universitário e uma faculdade. As correspondentes reitorias ou sedes administrativas dessas IES localizam-se em São Paulo (3), Paraná (2), Rio de Janeiro (1), Mato Grosso do Sul (1), Rio Grande do Sul (1), Santa Catarina (1) e Minas Gerais (1) (INEP, 2013, p. 39).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998 reconheceu 14 categorias profissionais de saúde de nível superior: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (CNS, 1998).

No ano de 2003, do total (2840) dos cursos de graduação na área da saúde, a maior parte (70,0%) era de instituições privadas que foram responsáveis por 85,3% (285.310) do total de vagas ofertadas (334.513) em contraposição à oferta pública que correspondeu a 14,7% (49.203). Neste mesmo ano o curso de maior privatização foi o de Fisioterapia com 95,3% das vagas sendo privadas. Para os outros cursos foram constatados os seguintes percentuais de vagas privadas: Fonoaudiologia, 94,1%; Biomedicina, 93,5%; Psicologia, 91,4%; Nutrição, 90,6%; Enfermagem, 88,7%; Terapia Ocupacional, 88,0%; Educação Física, 86,0%; Farmácia, 84,7%; Serviço Social, 79,3%; Biologia, 76,8%; Medicina

Veterinária, 76,6%; Odontologia, 76,4%; e Medicina, 50,6%. Quanto ao número de egressos deste período apenas para o curso de medicina a proporção do setor público foi maior (Brasil, 2006)⁹.

Já a formação técnica brasileira integra a educação profissional. A Educação Profissional é realizada por um “conjunto de estabelecimentos públicos (federal, estadual e municipal) e privados (particular, confessional, comunitário e filantrópico) que se caracterizam como escolas técnicas, agrotécnicas, centros de educação tecnológica, centros de formação profissional, associações/escolas, entre outros” (INEP, 2006, p.16).

De acordo com o Decreto Nº 5154 de 2004, a educação profissional compreende a formação inicial e continuada de trabalhadores, educação profissional técnica de nível médio, e a educação profissional tecnológica. A Resolução Nº. 04/99 do Conselho Nacional de Educação (CNE) – Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Na área da saúde a carga horária mínima é de 1200h e as competências específicas de cada habilitação são definidas pela escola para completar o currículo em função do perfil profissional (BRASIL, 2008).

Os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico considera que a saúde compreende 12 subáreas de formação: Biodiagnóstico, Enfermagem, Estética, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Radiologia e Diagnóstico por Imagem em Saúde, Reabilitação, Saúde Bucal, Saúde Visual, Saúde e Segurança no Trabalho, Vigilância Sanitária (BRASIL, 2000).

Estudo realizado pelo INEP¹⁰ sobre a Educação Profissional Técnica de Nível Médio no Brasil aponta que dentre as 20 áreas profissionais houve um crescimento expressivo das matrículas nos cursos da área da saúde: de 174 mil alunos no ano 2003 para 236 mil em 2005 correspondendo a 29,5% e 31,5% do total de alunos nesse período

⁹ No Resumo Técnico publicado pelo INEP (2013) sobre o Censo da Educação Superior do ano 2011 não constam dados específicos sobre os diferentes cursos da graduação de nenhuma área do conhecimento.

¹⁰ A partir do Censo Escolar realizado anualmente com coordenação do INEP bem como de outros dados fornecidos pela Pesquisa AMS, o MS tem realizado através da Fundação Oswaldo Cruz pela EPSJV um acompanhamento da formação profissional e do mercado de trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde. Só a partir de 2001 que os dados da educação profissional de nível técnico foram inseridos no Censo (BRASIL, 2003).

respectivamente. Dentre 3.294 estabelecimentos que oferecem cursos para essa formação, a maioria, 2.350 (71%), é da esfera privada. Em 2005, do total de matrículas (747.892) mais da metade (57%) foram no setor privado. Quanto ao número de cursos existentes, o estudo identificou 7.940 no país, sendo 5.339 (67%) da esfera privada - cursos ofertados nas formas concomitante e subsequente. Na área da saúde o percentual de cursos da esfera privada foi maior ainda: 86,6% de um total de 2.485 (INEP, 2006). A distribuição das matrículas por modalidade de oferta foi bastante variada conforme mostrado na tabela 1. Destaca-se a modalidade subsequente ao ensino médio que na saúde corresponde a 70,6% das matrículas.

Tabela 1. Matrículas da Educação Profissional Técnica de Nível Médio na área da saúde por modalidades de oferta, Brasil, 2005.

ESFERA ADMINISTRATIVA / ÁREA PROFISSIONAL	MATRÍCULAS POR MODALIDADE DE OFERTA			
	TOTAL	MÉDIO INTEGRADO*	CONCOMITANTE**	SUBSEQUENTE***
BRASIL	747.892	40.629	291.521	415.742
SAÚDE	235.605	2.112	67.140	166.353

Fonte: elaboração própria a partir de INEP (2006).

*O aluno cursa numa única matrícula um currículo integrado para os dois cursos: Ensino Médio e Educação Profissional;
A Educação Profissional é cursada concomitante ao Ensino Médio porém os cursos são separados sendo assim matrículas distintas; *Nesta modalidade o aluno já cursou o Ensino Médio anteriormente. Também se configura o caso de duas matrículas distintas.

Esses dados indicam que discutir a temática da educação ou da saúde no Brasil implica necessariamente considerar o papel, desejável ou não, que tem o setor privado tanto na formação profissional superior e técnica quanto na atenção à saúde. As políticas públicas estão atravessadas tanto pelos interesses oriundos da esfera privada quanto da privatização concebida também pelo público como possibilidade de efetivação e viabilização das metas propostas e/ou necessárias. Compreender esse universo é um passo inicial no entendimento do perfil dos trabalhadores da saúde sujeitos centrais para a PNEPS.

1.1. PROFISSIONAIS E/OU TRABALHADORES: quem são os recursos humanos em saúde? Um esforço ao desvelamento!

Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de Saúde. As mudanças no modelo de atenção dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Por sua vez, adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício, com remuneração justa.¹¹

Tanto trabalhadores quanto profissionais do setor saúde são comumente tratados como *recursos humanos em saúde* (RHS). Segundo Vieira (2006) essa área compreende dimensões diversas: “composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal” (VIEIRA, p. 221).

De acordo com Machado (1995, p. 18) a *profissão* pode ser entendida como uma ocupação

cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo) [...] a autoridade profissional é centrada no profissional que detém o conhecimento especializado para o problema específico do cliente.

Diferencia-se de *atividade profissional* que seria “um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à esfera ocupacional” (MACHADO, 1995, p. 18).

O MS considera que o profissional de saúde é aquele “que, estando ou não ocupado no setor da Saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde” (BRASIL, 2009, p. 36). Já o trabalhador de saúde não detém formação específica necessariamente na área da saúde “mas se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde [...]” (BRASIL, 2009, p. 49).

Essa diferenciação nos remete a Dubar (1997) que discutindo a socialização das profissões, considera a possibilidade da profissão se tornar uma organização tanto pela

¹¹ Extraído do Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Eixo temático VII: O trabalho na Saúde (Brasil, 2004b, p. 115).

burocratização das carreiras tipificado pelo diploma - “que abre por si só, o acesso a uma carreira profissional no termo de um currículo preestabelecido” (DUBAR, 1997, p. 144), quanto por um processo natural subsequente de regulamentações, normas e privilégios que fazem da profissão um *corpo* – “por vezes mais preocupado com o seu funcionamento interno e com o respeito pelos seus procedimentos burocráticos do que com a qualidade dos serviços oferecidos aos clientes” (DUBAR, 1997, p. 144). O autor ainda aponta que há semelhanças entre a organização do tipo *profissional* e a organização industrial.

O objectivo tanto da organização “profissional” como da organização industrial não será o de assegurar o monopólio de uma clientela ao mesmo tempo que controla a competência dos seus membros? Não se baseiam ambas numa divisão do trabalho que permite, simultaneamente, melhorar a sua eficácia e hierarquizar, controlando, as competências necessárias? (DUBAR 1997, p.145).

Numa perspectiva semelhante é que Pereira e Ramos (2006), ao discutirem a educação permanente em saúde conforme tem sido proposta pelo MS, consideram sua aproximação de *teorias sobre as organizações qualificantes*:

um modelo de gestão próprio da reestruturação produtiva contemporânea que se baseia no desenvolvimento e na valorização das competências individuais dos trabalhadores e na sua capacidade de se comprometer com os interesses da empresa/instituição (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 101).

Em 2003, por meio da Resolução Nº 330 de 04 de novembro, o CNS resolve aplicar *Os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)* como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS no sentido de “estabelecer parâmetros gerais para Gestão do Trabalho no SUS” (Brasil, 2005b, p. 21). O documento considera que a expressão recursos humanos é utilizada para “designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc.; tais como os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros” (BRASIL, 2005b, p. 31).

Com intuito de fomentar a reflexão e estudos nesta temática, a OPAS criou a partir de 1999 a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS). No Brasil a

rede ObservaRH está constituída por 21 estações de trabalho sediadas em Universidades e Secretarias de Saúde (BRASIL, 2011).

Embora o termo *recursos humanos em saúde* pareça ser um esforço em especificar os *trabalhadores e/ou profissionais* deste setor considerando inclusive condições e relações de trabalho, há certa inquietação latente na área para que esses sujeitos do processo de atenção à saúde não sejam vistos e tratados como um outro recurso qualquer ou um meio através do qual se dão as práticas de saúde.

Uma manifestação desse desconforto e preocupação está clara na epígrafe desta discussão que se tornou uma espécie de símbolo desse movimento: “Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente [...]” (BRASIL, 2004b, p. 115). Ao se pensar em melhorias do trabalho em saúde há que se considerar a *gente* que faz a saúde – esses *recursos humanos*- essas pessoas que cuidam de outras pessoas, sinalizando a necessidade de sua valorização para que se torne possível uma atenção à saúde que prime pelo bem-estar do outro.

A desvalorização desses sujeitos, profissionais e trabalhadores, em parte se retrata na precarização do trabalho em saúde no Brasil que é marcada pela falta de garantias trabalhistas, contratos temporários, flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) e trabalho temporário de profissionais (PIRES, 2006). Segundo Pires (2006) para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o trabalho precário diz respeito aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei.

Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está sendo caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (PIRES, 2006, p. 199).

Tipos de vínculos e jornadas de profissionais de nível superior a partir de dados da AMS -2009 estão apresentados na tabela 2 a seguir, sendo predominantes vínculos diretamente com o estabelecimento de saúde e jornada de trabalho parcial.

Tabela 2. Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde no Brasil por modalidades de vínculos e jornada de trabalho segundo Pesquisa AMS 2009.

Profissionais	Tipos de Vínculos com o estabelecimento			Modalidades de jornada de trabalho		
	PRÓPRIO ¹	INTERMEDIÁRIO ²	OUTROS ³	INTEGRAL	PARCIAL	INDEFINIDO
TOTAL						
1.104.340	65,16%	11,12%	23,71%	29,73%	54,5%	15,76%

Fonte: elaboração própria a partir de IBGE (2010).

¹ Contrato efetuado diretamente com o estabelecimento de saúde;

² Contrato através da empresa, cooperativa ou entidade diferente do estabelecimento;

³ Constitui a prestação de serviços e trabalho autônomo nos estabelecimentos englobando outras formas informais de vínculo, (Brasil, 2003).

São identificadas no SUS várias formas de vinculação ao trabalho:

o Regime Jurídico Único, o emprego público via CLT, cargos comissionados, contratação temporária de excepcional interesse público, cessão, triangulação pela via fundação de apoio, terceirização via cooperativas gerenciais, terceirização via cooperativas profissionais, terceirização de serviços clínicos pela via de empresas privadas, contratação de parceira com organizações da sociedade civil de interesse público, publicização pela via de organizações sociais, e, ainda, informalização pela via de bolsas de trabalho, pró-labore ou outras formas de bolsas (NOGUEIRA, 1999, apud BRASIL, 2003, p.71).

A partir de pesquisas realizadas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde (EPSM) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foram identificadas as modalidades de contratação para as Equipes de Saúde da Família nos anos de 2001 e 2009 por municípios pesquisados conforme detalhado na tabela 3. Os índices apontam que diferentes vínculos são estabelecidos entre os municípios e os profissionais sendo prevalente a contratação direta e trabalhos temporários, autônomos, entre outros.

Tabela 3. Distribuição dos municípios pesquisados segundo realização de contratação direta, contratação indireta, trabalho protegido e trabalho desprotegido de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS, Brasil, 2009.

CATEGORIA PROFISSIONAL	CONTRATAÇÃO DIRETA	CONTRATAÇÃO INDIRETA	TRABALHO PROTEGIDO*	TRABALHO DESPROTEGIDO**
MÉDICOS	94,5	6,4	39,0	75,0
ENFERMEIROS	96,0	4,4	57,7	55,0
TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM	96,9	3,3	68,7	43,0
ACS	96,2	3,3	74,1	74,1

Fonte: elaboração própria a partir de NESCON (2011). Os dados são obtidos a partir de pesquisas realizadas com entrevistas telefônicas pela EPSM/NESCON/UFG. Participam municípios de todas as regiões do país.

*Profissionais estatutários e contratados segundo CLT;

**Profissionais temporários, autônomos, entre outros.

Embora as mudanças nas relações de trabalho sejam ainda muito tímidas e às vezes imperceptíveis, algumas medidas tem sido tomadas nessa direção como o *DesprecarizaSUS* e a *Mesa de Negociação do SUS*. O quadro 2 adiante apresenta as principais ações do MS na área da gestão do trabalho.

Paim (2009, p. 130) analisando os desafios do SUS considera que “enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos não for equacionada, não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços”. Há que se colocar em prática as propostas já negociadas e avançar para uma efetiva *desprecarização* do trabalho na saúde implementando reformas e inovações necessárias.

Sobre as expectativas da atuação do novo governo federal brasileiro eleito em 2010, fez-se com propriedade uma necessária observação concernente aos rumos do sistema de saúde:

Os atuais constrangimentos orçamentários não justificam a desoneração do governo da tarefa de imprimir direção política ao sistema de saúde brasileiro e muito menos transformar o dito no não dito. Os obstáculos para obter recursos financeiros não são exatamente da mesma ordem daqueles concernentes à mobilização política. A instituição encarregada de liderar a marcha para a “saúde de primeira”, não pode ser um ministério de segunda (BAHIA, 2010).

Quadro 2. Ações do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho na saúde, Brasil, 2012.

ANO	AÇÃO	DEFINIÇÃO
2003	MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – proposta instituída inicialmente em 1993 porém sem continuidade sendo reinstalada em 1997 também sem resultados. Em 2003 foi instituída com a designação <i>Permanente</i> que não havia anteriormente vislumbrando assim sua real permanência para tratamento das relações de trabalho na saúde promovendo processos de negociação entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores (Brasil, 2006b).
2004	DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - foi criado com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo. Preliminarmente foi instalado em 07 de abril de 2004 no âmbito do MS o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS para elaboração de políticas e formulação de diretrizes a serem implementadas para a resolução de questões que envolvem a precarização do trabalho (Brasil, 2011b).
2004	CRTS	Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde - criada por meio da Portaria 827/GM de 05/05/2004 considerando que a “regulação do trabalho e o exercício profissional dizem respeito às regulamentações jurídico-legais, éticas ou administrativas que, a partir da intervenção do Estado demarcam campos de exercício de atividade” (Brasil, 2011c).
2006	PCCS-SUS	Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS – o MS em processo de pactuação e negociação com a Mesa finalizou em 2006 as Diretrizes para um PCCS do SUS que foram aprovadas pela CIT e referenciada pelo CNS. Essas diretrizes têm objetivo de orientar a elaboração ou reestruturação de planos de carreira dos trabalhadores do SUS nas três esferas de governo (Brasil 2006c).

Fonte: elaboração própria.

Observando o nível de escolaridade do pessoal da saúde por esfera administrativa vê-se que há uma distribuição bastante uniforme (tabela 4) sendo maior a diferença em relação ao universo daqueles com nível técnico/auxiliar que é cerca de 8% maior no setor público.

Tabela 4. Pessoal ocupado em estabelecimento de saúde por nível de escolaridade e por esfera administrativa considerando dados da Pesquisa AMS 2009.

Nível de Escolaridade	TOTAL	PÚBLICO (%)	PRIVADO (%)
SUPERIOR	1.104.340	50,06%	49,93%
TÉCNICO/AUXILIAR	889.630	54,05%	45,94%

Fonte: elaboração própria a partir de IBGE (2010).

A comparação da série histórica da Pesquisa AMS de 2002 a 2009 aponta que houve um incremento no número de profissionais tanto de nível superior quanto de técnico/auxiliar sendo que dentre esses também houve aumento daqueles com ensino médio e redução do universo de pessoal apenas com o nível fundamental (tabela 5).

Tabela 5. Pessoal ocupado em estabelecimentos de saúde por nível de escolaridade a partir de dados da Pesquisa AMS de 2002, 2005 e 2009.

Nível de Escolaridade	2002	2005	2009
SUPERIOR	729.746	870.361	1.104.340
TÉCNICO/AUXILIAR	624.880	751.730	889.630
Médio	478.750	647.558	820.514
Fundamental	146.130	104.177	69.116

Fonte: elaboração própria a partir de IBGE (2002), (2006), (2010).

Há uma expectativa de incremento ainda no nível de escolaridade nos anos seguintes devido aos resultados esperados do PROFAPS (2008) - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - cujo objetivo é a qualificação e ou habilitação de trabalhadores do SUS em cursos de Educação Profissional através das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados à gestão estadual e municipal de saúde contando com uma articulação de vários segmentos tanto públicos quanto privados (BRASIL, 2010b).

Observando a distribuição desses profissionais por esfera administrativa percebemos que tanto no setor público quanto no privado, já há predomínio daqueles com nível médio conforme descrito na Tabela 6.

Tabela 6. Pessoal técnico/auxiliar ocupado em estabelecimento de saúde por nível de escolaridade e por esfera administrativa considerando dados da Pesquisa AMS-2009.

TÉCNICO/AUXILIAR	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
Nível Fundamental	69.116	37.774	31.342
Nível Médio	820.514	443.083	377.431
Total	889.630	480.857	408.773

Fonte: elaboração própria a partir de IBGE (2010).

A Pesquisa AMS do IBGE na categoria de recursos humanos considera como qualificação elementar “as ocupações de agente comunitário de saúde ou de saúde pública, atendente de enfermagem, agente de controle de zoonoses, parteira e outros, independente de escolaridade”. (IBGE, 2006). Considerando o universo de profissionais de nível elementar na saúde aproximadamente 65% são de ACS (Brasil, 2007) compreendendo um total de 234.767 no ano de 2009 (BRASIL, 2011d) e 281.936 no ano de 2013 (CNES, 2013). Analisando as concepções em disputa no processo de formulação da política de formação desses trabalhadores, Morosini (2010, p.23) aponta que os ACS

constituem uma categoria profissional relativamente nova, reconhecida por lei em 2002, mas com largo percurso de existência como função ou ocupação desde a sua instituição no SUS, em 1991, período no qual se acumularam situações de vínculos precários, salários baixos e qualificação simplificada pautada pela instrumentalização do trabalho.

Embora já tenha ocorrido alguma melhoria das condições de trabalho e de sua formação, atualmente para o exercício das atividades previstas, é exigido do ACS apenas o Ensino Fundamental e um curso introdutório de formação inicial e continuada sendo que a categoria reivindica além de outros direitos, a exigência de conclusão do ensino médio e uma formação técnica (CONSELHO NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE-CONACS, 2011).

Um papel importante na formação pública dos trabalhadores da saúde é desempenhado pelas 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS que configuram a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

São todas instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas, 33 são estaduais, duas são municipais e uma é federal. A maioria delas é vinculada diretamente à gestão do SUS e mesmo as que pertencem a outras Secretarias têm gestão compartilhada com a Secretaria de Saúde (RET-SUS, 2011).

Segundo Pereira e Ramos (2006), professoras e pesquisadoras atuantes na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a formação profissional

é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 14).

Ainda segundo as autoras, em relação à educação profissional em saúde,

é importante compreender que a lógica da integração ensino-serviço apresenta limites enquanto [...] não avançar para a construção de referenciais políticos e epistemológicos [...] O trabalho em saúde é uma mediação na produção da existência humana – degradada ou digna – seja para quem o realiza, seja para quem o recebe [...] Portanto, a formação do trabalhador em saúde, muito além de ser orientada pelo e para os serviços de saúde, estando a eles integrada, deve ser orientada pela e para a emancipação humana, devendo se integrar à totalidade contraditória da realidade social (PEREIRA e RAMOS, 2006p. 109).

Nesta perspectiva, Ramos (2010, p. 277) analisa o trabalho e a educação a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde e tem entre suas conclusões que

a educação profissional em saúde não se caracterizou historicamente por uma síntese, mas sim por uma síntese configurada pelos referenciais epistemológicos do pragmatismo e eticopolíticos da micropolítica. Essa síntese dificulta a construção de hegemonia pela concepção de educação politécnica e *omnilateral* dos trabalhadores nesse setor, posto que esta se fundamenta na epistemologia da práxis e o princípio da superação das relações sociais de produção como fundamento de formação crítica.

Esta análise da educação com destaque aos seus pontos de contato com a saúde brasileira considerando a transversalidade da privatização e a coexistência do público e do privado na oferta tanto de serviços de saúde quanto de formação de seus profissionais e trabalhadores dá uma noção do quanto esse *mix* é um ponto essencial quando nos propomos a uma reflexão sobre os *recursos humanos em saúde*. Definição esta também que se por um

lado se apresenta como uma possibilidade de ser agregadora das múltiplas questões que dizem respeito às relações de trabalho em saúde por outro sofre também de um rechaço, uma sensação de que sua intenção agregadora desumaniza a *gente que faz saúde*.

Distante de uma coexistência pacífica, o cenário configurado pelos dados e números evidencia uma situação de grande tensão, choque de forças sociais, algumas em defesa do público e universal e outras de interesses diversos, principalmente particulares e privatistas, uma *luta entre projetos*.

[...] a implantação desse Sistema de Saúde enfrenta dificuldades vinculadas às características patrimonialistas e privatistas do Estado brasileiro e à expansão atual da expressão da ideologia do capital, o que faz com que determinadas ações em nome do SUS, vão de encontro à sua formulação com base na Reforma Sanitária. Perceber a existência da luta entre projetos no âmbito histórico-social, na política e na economia capitalista ajuda a analisar os avanços e recuos do SUS. Neste caminho, há que se entender que a parceria público-privada produz efeito nefasto na formação para emancipação, pois reforça a lógica do valor da produção imaterial que é a saúde. Com isso, o valor ético e político das ações de saúde passam a ser distorcidos, em nome de um bom 'gerenciamento' das ações de saúde (PEREIRA, 2008, p. 417).

Inquietações e desafios

Os debates, aprofundamentos teóricos e publicações que se debruçam sobre esta temática trazem uma movimentação nas políticas de saúde e educação capaz de fazer frente a interesses múltiplos e contrários? Identifica-se uma correlação de forças de difícil enfrentamento; cenários que embora construídos socialmente às vezes nos são demasiadamente intrincados de tão mesclados, de tão contradizentes! E é assim, certo amálgama de partes conhecidas e outras nem tanto e muito menos desejáveis que ainda se configura a educação em saúde e suas relações intrínsecas ao trabalho na saúde. Compreender essas mediações é um desafio a ser enfrentado pela PNEPS.

Uma vida livre é a única vida digna de ser vivida por um ser humano [...] Agora: a liberdade, tomada em sua acepção mais ampla, é condicionada por várias coisas, tais como a saúde do corpo, a riqueza, e, acima de tudo, a educação. É bastante evidente, entretanto, que, por mais rico e culto que um homem possa ser, se ele não tiver saúde, a liberdade dele será tristemente restringida em seu exercício. Não é menos óbvio, por outro lado, que, se um homem é destituído de recursos, e tem de passar o tempo todo conseguindo os mínimos necessários à vida, esse homem é, para todas as intenções e todos os propósitos, escravo de seu próprio corpo. Por fim, torna-se bastante claro que o homem não instruído, por mais bem que seja dotado de riqueza e de saúde, é escravo (DAVIDSON, 1898, apud GRATTAN, 1964, p. 75).

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO PERMANENTE: ENTRE UMA EDUCAÇÃO IDEAL E UM IDEAL DE EDUCAÇÃO

Uma concepção oposta efetivamente articulada para *além do capital* não pode ser confinada a um limitado número de anos na vida dos indivíduos mas, devido a suas funções radicalmente mudadas, abarca-os a todos. [...] O mesmo vale para as práticas educacionais que habilitem o indivíduo a realizar essas funções na medida em que sejam redefinidas por eles próprios, de acordo com os requisitos em mudança dos quais eles são agentes ativos. A educação, nesse sentido, é verdadeiramente uma *educação continuada* (MÉSZÁROS, 2005, p.74s).

A área da saúde no Brasil tem adotado a continuidade da educação de seus recursos humanos como uma diretriz para qualificação da atenção à saúde. Observa-se que a apropriação do conceito de educação permanente parece ser marco que divisa com outro tipo de educação, a educação continuada que é tratada muitas vezes como uma proposta menor, mais limitada, ou seja, uma perspectiva redutora da educação.

A revisão apresentada a seguir aponta que não obstante esse dilema, o próprio conceito de educação permanente também é questionado tanto em sua gênese quanto pelas transformações sofridas desde então. É notório o embate entre uma apropriação indevida de um conceito legítimo de educação e uma visão de que esta proposta já foi concebida como um instrumento de manobra para atender a interesses de uma sociedade capitalista regida pelas regras do mercado.

Na tentativa de elucidar as questões colocadas nos quais o tema da educação é central, inicialmente buscamos compreender a evolução histórica do conceito de educação permanente e como o tema passou a integrar as discussões no campo da educação no Brasil. Num segundo momento tentamos identificar a introdução dessa temática no campo da saúde discutindo em seguida a dualidade estabelecida com a educação continuada.

Independente da conceituação adotada, consideramos que uma educação de trabalhadores da saúde trata-se primeiramente de uma educação de adultos¹² tendo em vista o conceito definido na Declaração de Hamburgo¹³ de 1997:

conjunto de processos de aprendizagem, formal ou não, graças ao qual as pessoas consideradas adultos pela sociedade a que pertencem desenvolvem as suas capacidades, enriquecem os seus conhecimentos, e melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou as reorientam de modo a satisfazerem as suas próprias necessidades e as da sociedade (UNESCO, 1998, p. 7).

Danis e Solar (1998) apontam que o estudo da educação de adultos avançou a partir do reconhecimento de que o adulto ainda podia aprender, e necessitaria fazê-lo frente às contínuas mudanças pelas quais passam as sociedades pós-industriais, rompendo assim, com a imagem de certa estagnação transpondo-se para uma imagem de *ser em desenvolvimento*, ou nas palavras de Freire a *inconclusão* do ser:

É na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente. Mulheres e homens se tornaram educáveis na medida em que se reconheceram como inacabados. Não foi a educação que fez mulheres e homens educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou a educabilidade (FREIRE, 2010, p. 58).

Danis (1998) analisou diferentes pesquisas no âmbito da educação de adultos a partir da relação de processos de aprendizagem e seu desenvolvimento em contextos formais e informais. Um dos estudos, de Merriam e Clark (1991), apontam elementos na educação de adultos que são centrais na EP em saúde, em síntese, uma *aprendizagem significativa* a partir da *experiência vivida* resulta em *autonomia*.

[...] a aprendizagem representa a chave do processo de maturação do indivíduo. Neste sentido, a experiência de vida, aqui associada aos acontecimentos marcantes relacionados com as dimensões do trabalho ou da afetividade, pode implicar novas aprendizagens ou tornar-se ela própria fonte de aprendizagem [...] A definição da aprendizagem do adulto defendida por Merriam e Clark reflecte a importância que elas atribuem à experiência vivida. Assim, a aprendizagem é, antes de mais, um processo que requer atenção e reflexão por parte dos adultos

¹² Entendo que a educação de adultos não se limita portanto à alfabetização ou a uma educação tardia para indivíduos acima da idade escolar. Adiante o tema será melhor discutido.

¹³ Esta declaração resulta da V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos (CONFITEA) realizada em Hamburgo em julho de 1997 que teve como tema central “Aprender em Idade Adulta: uma chave para o Séc. XXI”.

relativamente a uma experiência determinada e que conduz a uma transformação, nesse adulto, em relação aos seus comportamentos, atitudes, aptidões ou ainda em relação aos seus conhecimentos ou às suas próprias convicções [...] a autonomia seria, antes de mais, uma das características fundamentais, que, no plano psicológico, constituem a própria identidade do adulto. A autonomização do indivíduo estaria, aqui, directamente ligada ao crescimento e, sobretudo, à transformação dos conhecimentos, que resultam das aprendizagens significantes realizadas (DANIS, 1998, p. 32; 35; 73).

Esse elementos referidos são essenciais no conceito de EPS adotado pelo MS:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (BRASIL, 2003b, p.7).

É justamente na perspectiva de uma educação significativa para o sujeito que estão as bases da educação permanente. Esta concepção não se dissocia da educação de adultos pois uma educação que acompanha o ciclo vital pressupõe que o adulto vivencie um processo constante de aprendizado. E esta prática se inviabiliza se não fizer sentido para esse indivíduo ainda que lhe seja necessária vis-à-vis sua inserção no mundo. Lengrand (1981), numa introdução ao tema da educação permanente apontava:

Para o adulto, é completamente diferente. Excepto em certas circunstâncias excepcionais, nenhuma autoridade exterior intervém para o obrigar a estudar, a aperfeiçoar-se, a tornar-se um cidadão melhor ou um pai de família mais bem informado e mais compreensivo. Desde que não tenha compreendido bem o interesse específico que para ele apresenta um certo tipo de esforço, no domínio profissional, cívico ou cultural, abster-se-á. E mesmo quando o inicia, é-lhe sempre possível desistir (LENGRAND, 1981, p. 54).

Ainda segundo o autor,

[...] para que a educação se encontre em condições de auxiliar os homens a viver, tem ela própria de ser viva. O que em geral, desvia os homens dos caminhos da educação não é somente o facto de exigir esforços, trabalhos, uma aplicação persistente, mas também o não ter sabido, até agora, salvo raras excepções, alimentar-se nas fontes da vida e responder às suas exigências (LENGRAND, 1981, p. 64).

Refletindo sobre uma formação contínua para os adultos e estabelecendo uma diferenciação de uma prática pedagógica para uma nova prática educativa, andragógica¹⁴, Goguelin (1970, p. 47), considera que formar um adulto é:

Favorecer a evolução global da sua personalidade e, a partir da experiência vivida e dos conhecimentos adquiridos, permitir-lhe adquirir elementos de toda a espécie que lhe darão a possibilidade, modificando-lhe o saber-existir, de uma realização mais completa dele próprio, numa adaptação autêntica e realista para si mesmo, ao meio em que vive.

Está claro, todavia, que essa educação não objetiva uma “adaptação ao meio” como concluiu Goguelin.

A valorização da experiência vivida na perspectiva de um aprendizado contínuo nos remete a Dewey ao destacar que a experiência tem como princípio uma *continuidade*.

[...] o princípio da continuidade da experiência significa que toda experiência tanto toma algo das experiências passadas quanto modifica de algum modo a qualidade das experiências que virão (DEWEY, 2011, p.36). [...] em cada caso há algum tipo de continuidade já que cada experiência afeta para melhor ou para pior as atitudes que contribuem para a qualidade das experiências subsequentes, estabelecendo certas preferências e aversões, tornando mais fácil ou mais difícil agir nessa ou naquela direção. Além disso, toda experiência exerce, em algum grau, influência sobre as condições objetivas sob as quais novas experiências ocorrem (DEWEY, 2011, p. 37).

Segundo Mucchielli (1981) uma educação para adultos foi pensada ainda no século XVIII por Condorcet (1792) quem ele considera o *pai da educação permanente* pois apontou em seu relatório apresentado pelo Comitê de Instrução Pública à Assembléia Nacional francesa os seus elementos centrais: uma educação em todas as idades, a relação da formação contínua com as experiências vividas e o “aprender a aprender”.

¹⁴ O conceito de andragogia foi proposto inicialmente por Malcom Knowles em 1968 num contexto de valorização da educação de adultos em que se buscavam estratégias que dessem conta de educar este público dadas as suas diferenças das crianças e adolescentes a quem se destinaria especificamente a pedagogia (CANÁRIO, 2008). Embora se reconheçam contribuições da andragogia para o campo da educação de adultos a mesma foi em parte rechaçada por razões como: partir de um erro etimológico pois o prefixo grego *andros* se refere ao gênero masculino e não a pessoa adulta (GOGUELIN, 1970) e colocar-se em oposição a pedagogia forçando uma dicotomização redutora limitante da contribuição que ambas poderiam dar à constituição de “uma teoria geral da aprendizagem” cujos princípios pudessem ser válidos para públicos diversos inclusive de diferentes idades (CANÁRIO, 2008, p. 134).

A instrução deve ser universal, isto é, deve estender-se a todos os cidadãos. Deve, em seus diferentes graus, abraçar todo o sistema dos conhecimentos humanos e assegurar aos homens, em todas as idades, a faculdade de conservar seus conhecimentos e de adquirir novos. O povo deverá ser instruído sobre as novas leis, as observações da agricultura, os métodos econômicos que não pode ignorar: deve-lhe ser revelada a arte de instruir-se a si próprio (CONDORCET, 1792¹⁵, apud MUCCHIELLI, 1981, p. 10).

Nesse mesmo período os ingleses inauguraram escolas para adultos (*Adults Institutions*) “com a preocupação prática de ensinar as pessoas a ler e de ensinar-lhes, depois, o que elas tinham necessidade de saber para a própria profissão e promoção” (MUCCHIELLI, 1981, p. 10) que serviram de modelo para as “classes de adultos” criadas pelos franceses no início do século seguinte¹⁶.

No sentido da compreensão da gênese da proposta de uma educação permanente, destacam-se ainda no relato de Mucchielli (1981) outros eventos relevantes na educação francesa como, por exemplo, em 1956, a substituição da expressão “promoção social” por “Educação permanente” no *projeto Billières* (com o próprio nome do ministro da Educação Nacional). Esse projeto havia sido precedido por outro de Pierre Arents que já trazia uma concepção de educação permanente que compreendia:

1)“um prolongamento natural do ensino”; 2)“um aperfeiçoamento profissional e técnico em todos os níveis”; 3)“um meio de proteção do Homem contra os efeitos desumanizantes da técnica e da propaganda”; 4)“uma promoção do trabalho e uma reclassificação para alguns adultos” (MUCCHIELLI, 1981, p. 13).

Segundo Barbosa (1971) a designação “educação permanente” foi utilizada inicialmente por Arents.

Ainda na década de 50, o Centro Universitário de Cooperação Econômica e Social, situado na cidade de Nancy, promoveu impulsionado por Bertrand Schwartz, a noção de

¹⁵ Em Mucchielli (1981) não há indicação da referência de Condorcet (1792). É provável que o fragmento citado pelo autor seja oriundo de uma fonte secundária a qual também não está referenciada no texto.

¹⁶ O autor ainda aponta que a partir da metade do século XIX, pode-se observar que a educação se dividiu em duas correntes: uma de caráter socialista e outra com foco na formação de adultos e na promoção profissional. A primeira levou a criação das *Universidades Populares* e posteriormente ao *Movimento dos Companheiros da Universidade Nova*. A segunda corrente promoveu a educação de jovens e adultos trabalhadores na Inglaterra, França e EUA.

Educação permanente e sistemática em que as empresas, através da formação multiplicadora, se encarregariam da *Formação contínua*. Essa formação foi organizada pelo documento de Promoção Social de 1959 sendo que em 1962 foi criado o Serviço Especial para Promoção Social. No ano seguinte, criou-se o Instituto Nacional de Formação de Adultos que foi substituído em 1973 pela Agência Nacional para o Desenvolvimento da Educação Permanente (MUCCHIELLI, 1981).

Um marco na educação francesa nesse período foram os movimentos estudantis de 1968 que também ocorreram em outros países como Itália, Alemanha, Checoslováquia, México e Brasil num contexto de diferentes manifestações sociais ocorridas na década de 1960 impulsionadas por diversos fatores mas que têm de certa maneira em comum uma contestação ao bipolarismo geopolítico que dominou o mundo pós Segunda Guerra (GROPPO, 2005).

Segundo Romão (2008), a partir de um breve panorama desse período, a postura contestatória dos movimentos da juventude foi fruto de uma geração que vivenciou a barbárie de duas guerras mundiais e se via ameaçada por uma terceira. As racionalidades contra hegemônicas se exacerbaram e os jovens não queriam mais ser o amanhã, mas o presente, pois se não mudassem a sociedade correriam o risco de no futuro terem a mesma “irracionalidade adulta que criara todas as instituições de um processo civilizatório, que se negava enquanto tal e punha a humanidade na trilha da barbárie” (ROMÃO, 2008, p. 202).

Esse movimentos que em geral começam por reivindicações específicas mas se expandem, às vezes se agigantam em torno de protestos políticos “buscando interferir nos rumos gerais da sociedade” (GROPPO et al., 2008, p. 26); e mesmo que não consigam mudanças significativas deixam suas marcas na história e mobilizam ações que ao menos tangenciam as grandes transformações pretendidas, ou seja, há repercussões. De acordo com Canário (2003, p. 192), os movimentos sociais da década de 1960 teriam influenciado “as ideias e as práticas de educação e formação” que se traduziriam, no início dos anos 1970, no *movimento da “educação permanente”*.

2.1. DIFUSÃO DA EP: o papel da UNESCO e as influências da Comunidade Europeia.

E foi neste contexto da década de 1960 que a obra de Philip Coombs, *The World Education Crisis*, 1968, pautou as discussões da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)¹⁷, pois demonstrava a partir de uma análise de sistemas educacionais em vários países, que de certa forma a educação mundial estava de fato em crise cuja essência seria “o desajustamento [...] entre os sistemas de ensino e o meio a que pertencem” (COOMBS, 1976, p. 21) referindo-se às mudanças econômicas, políticas e sociais ocorridas no mundo pós 1945. O autor destaca quatro principais causas para esse *desajustamento*: o aumento expressivo da demanda popular pelo ensino, aguda escassez de recursos para que as demandas sejam atendidas, inércia dos sistemas de ensino frente às novas necessidades e também da própria sociedade ao não aproveitar adequadamente a educação “com vistas ao desenvolvimento nacional” (COOMBS, 1976, p. 21).

No mesmo ano, foi realizada em Paris, no mês de setembro, a 15ª Conferência Geral da UNESCO que elegeu o ano de 1970 como o *Ano Internacional da Educação* [sugestão dada por Coombs na conclusão da referida obra, p. 260]. Dentre os objetivos desta iniciativa estava a alfabetização de adultos e dentre os conceitos e práticas gerais incluiu-se a educação contínua ao longo da vida (*life-long continuing education*) (UNESCO, 1968). Incentivou-se que fossem realizados estudos que objetivassem definir mais precisamente “o conteúdo, o significado e o alcance do conceito de educação ao longo da vida e mostrar as consequências práticas de sua aplicação nos vários setores da educação” (UNESCO, 1968b, p. 20).

¹⁷ A UNESCO foi criada em 1945 no contexto do pós- II Guerra com uma perspectiva oficial de fomentar uma “solidariedade moral e intelectual da humanidade” como prevenção de novas guerras, estreitando a colaboração entre as nações através da educação, da ciência e da cultura (UNESCO, 2012, p.7). Em 2011 realizou sua 36ª Conferência Geral que ocorre a cada dois anos em que os idiomas de trabalho são: inglês, francês, espanhol, árabe, chinês e russo. Atualmente conta com 185 Estados Membros e 8 Associados sendo que o Brasil integra a Organização desde 1946. Está constituída por 10 Institutos e Centros sediados em sua maioria em países distintos sendo um deles o Institute for Lifelong Learning (UIL), localizado em Hamburgo na Alemanha, além de 58 Oficinas em todo mundo. Realizou de 1949 a 2009 as seis Conferências Internacionais sobre Educação de Adultos (CONFINTEAs). Dado seu papel protagonista relativo às questões da educação em âmbito mundial, a UNESCO é tema frequente de estudos e de críticas.

A educação ganha centralidade para se discutir e planejar ações no espectro de programas da UNESCO, sediada em Paris, e de seus estados membros. Constatase que a partir desse período houve um *boom* de publicações em francês sobre a temática da educação e da educação permanente¹⁸ como as descritas a seguir: *La Formation continue des Adultes* (GOGUELIN, 1970), *Introduction à L'éducation permanente* (LEGRAND, 1971), *L'éducation demain* (SCHWARTZ, 1972), *Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes* (MUCCHIELLI, 1975), *Vers um Modèle Conceptuel d'Éducation Permanente* (PARKYN, 1973)¹⁹.

Segundo Parkyn (1976, p.7), em 1965, o “Comitê Internacional da Unesco para o Avanço da Educação de adultos examinou um relatório de Paul Lengrand sobre o conceito de educação permanente, recomendando à Unesco a adoção do seu princípio”. Em 1971, Lengrand publica sua obra tendo “como objetivo esclarecer os significados do conceito de educação permanente [...]” considerada importante “no âmbito do Ano Internacional da Educação” (LENGRAND, 1981, p.7).

Em meio à efervescência do tema, George Parkyn também foi convidado pela Organização a fazer uma reflexão que contribuísse para uma melhor compreensão do que seria a educação permanente. Por conseguinte, o autor propôs um modelo conceitual que tinha como premissa repensar a educação para que fosse possível uma educação para toda a vida.

Para bem compreender o conceito de educação permanente convém estudar cuidadosamente o conceito da própria educação; ora, o bom êxito de toda a reorganização da educação na perspectiva da educação permanente exige uma revisão completa da noção tradicional de educação. À concepção segundo a qual a educação é considerada como uma preparação para a vida que será vivida, uma vez terminada essa educação, opõe-se aquela que pretende que a educação seja um elemento essencial a todo indivíduo durante a sua existência (PARKYN, 1976, p. 12).

¹⁸ Em 1969 foi fundada também por Bertrand Schwartz a revista *Education Permanente - Revue internationale de référence en formation des adultes*. [O periódico ainda é publicado].

¹⁹ O ano de publicação desses textos foi obtido a partir de outras edições que utilizamos neste estudo. Desta forma serão referenciadas apenas as edições utilizadas.

Na perspectiva da educação permanente os sistemas educacionais não deveriam formar crianças e adolescentes educadas mas *educáveis*, ou seja, “pessoas que possam e que queiram prosseguir a sua educação ao longo da vida” (PARKYN, 1976, p. 36).

Outro autor que também contribuiu para construção de um conceito de educação por toda a vida nesse período de sua emergência foi Barbosa (1971) que defendendo a superação de uma “subalternização contumaz da educação à economia, ou a factores políticos secundários” (p. 16) e a “conversão da educação permanente em cultura integral” (p. 20) definiu as *coordenadas da educação permanente* a partir de quatro elementos essenciais: *educação, sempre, para todos, por tudo*.

Propomos que a educação – *sempre e para todos* – se destine a ser prosseguida não apenas pela escola, mas por *tudo* (BARBOSA, 1971, p. 13).

Educação

É por isso que o processo de educação não envolve simultaneamente, compasso, na marcha entre o guia e o guiado, como acontece na “condução” de seres por si mesmos imóveis, que não pensam, não sentem e não querem. A personalidade que assim se reconhece ao educando – poderíamos dizer também: a sua autonomia – explica, por seu lado, a irreversibilidade do processo: pensado, sentido e querido, ele torna-se experiência vivida e a vivência pode ter maior ou menor projeção futura, mas, como se sabe, não é anulável (BARBOSA, 1971, p. 26). Nestes pilares [personalidade, autonomia, processo solidário e contínuo] radica, precisamente, a idéia de conferir à educação permanente o caráter de sistema de cultura integral (BARBOSA, 1971, p. 27).

Sempre

A educação contemporânea opõe-se, assim, à tradicional, pela impossibilidade de se lhe consignarem períodos definidos da existência. Reclama-se uma educação permanente, um processo educacional contínuo, o que, porém, não significa um prolongamento de escolaridade, nem simples educação de adultos - instruídos ou não – mas sim uma atitude cultural peculiar, uma concepção da vida postulando um método que permita colocar ao serviço do processo de formação humana elementos de permanente culturação ou – digamos melhor - uma atitude constante de educação, inspirada nas íntimas conexões travadas entre educação e cultura (BARBOSA, 1971, p. 41s).

Para todos

Se, portanto, como modo natural de realizar-se superando-se, a educação deve ser prosseguida sempre, como forma natural de participar na sociedade e de a colocar ao serviço daquele objetivo de formação da pessoa humana, ela há de ser *para todos*. [...] Se, com efeito, o meio de transformação da pessoa é uma cultura, que experimenta, e a forma de realizar-se é a transformação dessa cultura, e esta atividade se deseja pessoal e autônoma, a educação parte, verdadeiramente, da “pessoa” para a “pessoa” e usa a ação da pessoa sobre o meio, nomeadamente a sociedade, que lhe serve de vivência. Por isso, a educação há de efectuar-se no

meio em relação à pessoa: ser para todos significa ser para cada um (BARBOSA, 1971, p. 185s).

Por tudo

O lema “educação por tudo” traduz o objetivo de uma renovação do método educativo, envolvendo um melhor aproveitamento dos meios susceptíveis de útil aplicação a fins educacionais e incidindo tanto na educação confiada às instituições escolares como na que pode, e deve, ser prosseguida em outro âmbito [...] Noutros termos, poderá dizer-se que a vida vai para além da escola e que, por outro lado, é a revitalização da escola, e não a escolarização da vida, o que pertinentemente cabe procurar (BARBOSA, 1971, p. 189).

A educação permanente seria o eixo norteador da educação que não se limitaria mais a uma concepção escolar para o início da vida mas que se estenderia por todos os anos. A educação de adultos estaria compreendida num projeto amplo que abarcaria toda a educação do indivíduo em todos os anos de sua vida não se moldando nem se reduzindo a uma modalidade escolar.

Esta concepção foi adotada na 19ª Conferência Geral da UNESCO realizada em Nairobi em novembro de 1976. Entre as recomendações relativas ao desenvolvimento da educação de adultos define que a educação de adultos deve ser considerada como um “subconjunto integrado a um projeto de educação permanente” que diz respeito a um processo de reestruturação do sistema educacional e de desenvolvimento de todas as possibilidades de formação não escolares em que “o homem é o agente de sua própria educação, por meio da interação permanente de suas ações e sua reflexão” (UNESCO, 1976, p. 2).

Neste ideal de educação, todos os indivíduos deveriam ser contemplados, desde aqueles que não foram alfabetizados àqueles que desejam qualificação profissional, àqueles que estão sem emprego, aos imigrantes, às minorias étnicas, aos portadores de deficiência física ou mental, às mulheres, às pessoas do campo (UNESCO, 1976), considerando o ser humano na sua totalidade, o indivíduo

[...] nas suas dimensões de produtor que se torna objeto do processo educativo, [...] chamado a participar ativamente na transformação das estruturas e das condições de existência no mundo em que se acha integrado, [...] Deste modo, tem o seu lugar na realidade efectiva de um futuro colectivo que determina e sustenta imperativos do seu próprio desenvolvimento como indivíduo (LENGRAND, 1981, p. 95).

Em 1972 seria lançada uma publicação que viria a ser considerada “o manifesto da educação permanente” (CANÁRIO, 2003, p. 192). Intitulado *Apprendre à être* (Aprender a ser) trata-se de um relatório preparado pela Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação, presidida por Edgar Faure, criada em 1971 pela UNESCO. Esse estudo serviria para orientar os governos, estados membros das Nações Unidas, quanto às estratégias a serem adotadas para o desenvolvimento da educação nos anos seguintes.

Tratar a educação como uma ação em que se aprende ser um humano completo parece ser a tônica da discussão realizada por Faure e os demais seis autores do relatório, todos representantes de nacionalidades distintas. O texto traz elementos históricos e aponta questões que estavam no horizonte tanto de países desenvolvidos como nos demais mas buscando continuamente questionar a função da escola, os fundamentos da educação corrente e os imperativos de mudanças que entendiam serem cruciais para o futuro do mundo.

Trata-se de não mais adquirir, de maneira exata, conhecimentos definitivos, mas de se preparar para elaborar, ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e de “aprender a ser” (FAURE, 1974, p. 10).

O fim da educação é permitir ao homem ser ele próprio “vir a ser” (FAURE, 1974, p.31).

Educação=Escola- tal é o dogma fundamental dos sistemas educativos modernos [...] Esta identificação da escola com a educação persistirá enquanto não for implantada a ideia duma educação impregnando o devir das pessoas mais ou menos continuamente, longamente ou a intervalos, sempre ao longo da existência [...] (FAURE, 1974, p. 147).

Para um mundo novo, homem novo... Abuso do termo, escrevem imediatamente alguns, fortificados na ideia que fazem da permanência do Ser: o “ciberantropo” do futuro obedecerá sempre aos mesmos instintos e às mesmas motivações que o antropo do passado; a sua angústia e desespero, os seus fins, a sua necessidade de viver, de amar e de se exceder; numa palavra, a sua condição humana será sempre a mesma. Então seria falso falar dum homem novo (FAURE, 1974, p. 237s).

Pensando um projeto de educação que preparasse as pessoas para o ano 2000, a Fundação Europeia da Cultura²⁰ encomendou a B. Schwartz uma obra que, de certa forma,

²⁰ A Fundação Europeia da Cultura foi criada em 1954 em Genebra, constituída por personalidades dos países membros do Conselho da Europa que ficou responsável, a partir de 1960, pelos projetos governamentais

compilasse trabalhos de diferentes autores sobre um novo sistema de educação. Esta publicação concluída em 1971 é também uma das referências importantes desse período pois recorre ao *princípio da permanência da educação* como aquele que influi sobre todos os níveis da formação.

Significa este princípio que, em qualquer momento de sua vida, após o período de obrigatoriedade escolar, todo indivíduo deve poder realizar estudos de promoção (nível mais elevado), de reconversão profissional, de caráter complementar, de reciclagem ou de desenvolvimento geral e cultural [...] A formação deve se tornar uma dimensão normal da vida individual: o homem deve ser educado para vivê-la como um componente de sua natureza social e a sociedade deve preparar a resposta para essa necessidade em toda parte presente no espaço e no tempo, em uma palavra, na vida [...] (HENRI JANNE²¹, 1976, apud SCHWARTZ, 1976, p. 29).

Os estudos de Schwartz tinham um caráter prospectivo baseado nas hipóteses de desenvolvimento previsto para a Europa nos anos seguintes: crescimento econômico, aumento da renda per capita e aumento dos níveis de vida num processo que se esperava ser irreversível. Considerando as características da sociedade nesse futuro próximo a educação seria então um de seus elementos motores com ênfase tanto na educação na infância e adolescência como na educação dos adultos.

Tudo isso necessita que o sistema proponha, de maneira permanente, uma grande variedade de fórmulas suficientemente flexíveis para responder em tempo hábil às necessidades específicas de cada indivíduo. *Especificidade na continuidade, tal é o princípio da educação permanente* (SCHWARTZ, 1976, p.80).

Nota-se que a preocupação da Fundação Europeia da Cultura era a de uma formação ininterrupta que acompanhasse e também promovesse um desenvolvimento econômico que se esperava também ser ininterrupto. Nesta perspectiva o discurso da educação permanente parecia ser apropriado dado sua premissa de continuidade.

Embora a formação do indivíduo esteja de alguma forma na raiz das propostas de educação percebe-se que esse movimento europeu toma a educação permanente, em voga

enquanto a Fundação manteria aqueles financiados por instituições privadas (SCHWARTZ, 1976). A instituição está sediada em Amsterdã.

²¹ À época, Presidente do Projeto Educação do Plano Europa 2000 desenvolvido pela Fundação Europeia da Cultura nos anos de 1970.

nesse momento, como um instrumento desenvolvimentista. Observamos que considerar a educação permanente como “tomada” para interesses outros, é uma posição de não associá-la indistintamente às intenções puramente econômicas numa tentativa de não reduzi-la a esse imperativo, todavia não negando essa possibilidade, o que será discutido mais adiante.

Em 1995 a Comissão Europeia (CE)²² lançou uma obra também expressiva no âmbito da educação principalmente com vistas ao trabalho que foi o Livro Branco²³ sobre a Educação e a Formação: *Ensinar e aprender. Rumo à sociedade cognitiva*. Esta publicação traz para educação a tônica do *emprego* e da *competitividade* nos estados-membros da União Europeia (UE) orientada por outro Livro da mesma série porém de 1993: *Crescimento, competitividade, emprego - Os desafios e as pistas para entrar no século XXI*. O novo texto antecedia as ações da UE pretendidas nos anos seguintes, inicialmente em 1996, período escolhido para ser o *Ano Europeu da Educação e da Formação ao Longo da Vida*.

O Livro Branco sobre a Educação (1995) estabelece as seguintes ações para construção de uma “sociedade cognitiva”: fomento da aquisição de novos conhecimentos, aproximação da escola com a empresa, luta contra a exclusão, domínio de três línguas comunitárias, o tratamento indistinto do investimento físico e do investimento em formação. A ênfase na questão do emprego pode ser compreendida na definição dada às capacidades a serem adquiridas:

No mundo moderno, o conhecimento em sentido lato pode ser definido como **uma acumulação de saberes fundamentais, de competências técnicas e de aptidões sociais**. É pela combinação equilibrada destes saberes, adquiridos no sistema de ensino formal, na família, na empresa, por diversas redes de informação, que se cria o **conhecimento geral e transmissível** mais favorável ao emprego. **Os conhecimentos de base** constituem o alicerce da aptidão individual para o emprego. Trata-se do domínio do sistema educativo e de formação formal por excelência (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA-CCE, 1995, p. 17).

²² A Comissão Europeia (CE) é uma das instituições da União Europeia (UE) e tem como função preparar projetos de legislação desse espaço e assegurar a execução de suas políticas. A UE teve seu início nos anos de 1950, na reestruturação pós-II Guerra, vislumbrando principalmente uma cooperação econômica entre seus membros. Sobre a União Europeia e a globalização se pode ver Bauman (2006).

²³ No sentido de uma *unidade*, a CE tem publicado desde 1985 uma série intitulada “Livros Brancos” em diversas áreas como economia, comércio, meio ambiente, educação e saúde (UE, 2011).

Percebe-se que embora permaneça um entendimento de que a educação não se limita ao ensino formal e à escola, vê-se que o fim último da educação seria o emprego²⁴.

Todo o processo rumo a essa nova sociedade seria atravessado por três “choques motores”: da sociedade da informação, da mundialização e da civilização científica e técnica.

As respostas a estes três choques são múltiplas, e exigem profundas adaptações da sociedade europeia. A finalidade última da formação, que é desenvolver a autonomia da pessoa e a sua capacidade profissional, faz dela o elemento privilegiado da adaptação e da evolução. É por isso que as duas respostas principais escolhidas pelo presente Livro Branco são, em primeiro lugar, facultar a cada homem e a cada mulher o acesso à cultura geral e, em segundo lugar, o desenvolvimento da sua aptidão para o emprego e a atividade (CCE, 1995, p. 13).

A tônica economicista dada à educação e a uma *formação ao longo da vida* neste documento é considerada por Canário (2008) como *redutora e funcionalista* e embora compartilhada por mais instâncias europeias é também alvo de críticas por outras, apontando que mesmo sendo um discurso dominante, divergências são notadas.

A concepção de *educação ao longo da vida* foi cunhada no Relatório Delors, publicado pela UNESCO originalmente em 1996, intitulado “Educação: um tesouro a descobrir” em que se reforça um papel protagonista da educação ante os velhos e os novos desafios do século que se aproximava (guerras, diferenças sociais, mudanças no trabalho, implicações da globalização). Com este fim, *a educação ao longo da vida* seria a *chave* deste novo tempo *eliminando* diferenças entre educação formal inicial e educação permanente.

Sob essa nova perspectiva, a educação permanente é concebida como algo que vai muito mais além do que já se pratica, especialmente nos países desenvolvidos, a saber: as iniciativas de atualização, reciclagem e conversão, além da promoção profissional, dos adultos. Ela deve abrir as possibilidades da educação a todos, com vários objetivos: oferecer uma segunda ou terceira oportunidade; dar resposta à sede de conhecimento, de beleza ou de superação de si mesmo; ou, ainda, aprimorar e ampliar as formações estritamente associadas às exigências da vida profissional, incluindo as formações práticas. Em suma, a educação ao longo

²⁴ O Livro Branco da educação reconhece três vias possíveis para se alcançar a aptidão para o emprego: *o diploma* (via tradicional), *a inserção numa rede que coopera, educa, forma e aprende* (via moderna), e a acreditação de competências parciais (terceira solução).

da vida, deve tirar proveito de todas as oportunidades oferecidas pela sociedade (UNESCO e FABER-CASTELL, 2010, p.32).

Embora na introdução ao texto o autor considere que é necessário “impor o conceito de educação ao longo da vida” (UNESCO e FABER-CASTELL, 2010, p.11) e que a educação permanente “deve ser, simultaneamente, reconsiderada e ampliada” (UNESCO e FABER-CASTELL, 2010, p.11) o Relatório de certa forma aponta que a educação permanente estava até então perdendo suas características pensadas inicialmente de ser uma *educação, sempre, para todos, por tudo* ao especificar o seu uso na expressão “além do que já se pratica” – “atualização”, “reciclagem” e “promoção profissional” dos adultos. O estabelecimento de uma crítica à prática corrente seria indício de uma preocupação em garantir os princípios da educação permanente? De certa forma é possível dizer que ao menos em parte Delors reafirma princípios sobre os quais já se assentava a educação permanente mesmo propondo já sua superação.

A despeito desta superação proposta, num paralelismo dos *quatro pilares da educação ao longo da vida* propostos por Delors (1996) com as *coordenadas da educação permanente* de Barbosa (1971), é possível reconhecer elementos comuns conforme apontados a seguir. Na descrição dos *pilares* estão indicadas as *coordenadas* a que mais se assemelham:

Aprender a conhecer,
combinando uma cultura geral, suficientemente ampla, com a possibilidade de estudar, em profundidade, um número reduzido de assuntos, ou seja: aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida. [**SEMPRE**]

Aprender a fazer,
a fim de adquirir não só uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais abrangente, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. Além disso, aprender a fazer no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho, oferecidas aos jovens e adolescentes, seja espontaneamente na sequência do contexto local ou nacional, seja formalmente, graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho. [**POR TUDO**]

Aprender a conviver,
desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências – realizar projetos comuns e preparar-se para gerenciar conflitos – no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz. [**PARA TODOS**]

Aprender a ser,
para desenvolver, o melhor possível, a personalidade e estar em condições de agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. Com essa finalidade, a educação deve levar em consideração todas as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar-se (UNESCO e FABER-CASTELL, 2010, p. 31). [EDUCAÇÃO]

Embora haja intencionalmente na substituição da diretriz da educação permanente para uma outra, *ao longo da vida*, vê-se que a adoção de um novo conceito parece ser uma redundância de objetivos e sentidos. Não há algo substancialmente novo nesta concepção de *educação ao longo da vida* que a diferencie da EP. Dito de outra forma, o Relatório não marca uma ruptura conceitual embora a considere; poderia ter tido os mesmos horizontes a partir dos princípios definidos sem ter adotado outra “nomenclatura” pois seus princípios não divergem daqueles da EP ao ponto de dizer que são diferentes²⁵. O que não significa que a UNESCO não tenha mudado sua concepção de educação contínua como veremos logo adiante.

Portanto, comparando-se o Relatório Delors (UNESCO) com o Livro Branco da Educação (UNIÃO EUROPEIA), aí sim se pode dizer que no segundo há ruptura com os princípios da educação permanente pois a ênfase da educação está agora na *empregabilidade* do indivíduo. Segundo Canário (2008) é nesta perspectiva que Le Goff (1996) considera “que o interesse atual pela educação ao longo da vida, longe de significar um renovado interesse pelos ideais dos anos 70, assenta precisamente na continuada *erosão* desses ideais” (LE GOFF, 1996, *apud* CANÁRIO, 2008, p. 90).

Recentemente a UNESCO adotou o conceito de *aprendizagem ao longo da vida* em substituição à *educação ao longo da vida* considerando que a ênfase na aprendizagem aponta um maior protagonismo dos indivíduos na aquisição de novas competências frente às mudanças na esfera do trabalho (UNESCO, 2010). Esta alteração indica que as

²⁵ A percepção que temos do Relatório Delors a partir desta revisão bibliográfica, ou seja, de que é um texto que guarda os ideais da educação permanente, é uma perspectiva compartilhada também por Lima (2007) em sua discussão sobre a educação ao longo da vida onde aponta que essa publicação “representa ainda uma das poucas exceções de documentos normativos de circulação internacional que recusam discursivamente orientações totalmente economicistas ou exclusivamente pragmáticas” (LIMA, 2007, p. 23).

competências para o trabalho estão de fato se sobrepondo aos interesses muito mais amplos que a ideia de educação permanente tendia vislumbrar. A adoção desta concepção evidencia sim a aproximação da perspectiva da UNESCO ao tratamento que a UE já vinha dando ao tema, ou seja, uma educação muito mais voltada para o trabalho e empregabilidade que para *construção* permanente do ser.

Concordamos portanto que as mudanças pelas quais tem passado o conceito de educação permanente parecem de fato implicar em sua descaracterização e não uma simples reprodução ou substituição do tipo “mais do mesmo” quando se considera a proposta inicial, encabeçada principalmente pela UNESCO, como legítima em sua preocupação com a educação de um ser em construção permanente. Esta é também uma crítica feita por Canário (2003). O autor não reconhece *a aprendizagem ao longo da vida* enquanto uma continuidade na dimensão da EP que marcou os anos de 1970 mas entende haver sim uma “ruptura” de concepções evidenciada também no *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida* publicado pela Comissão das Comunidades Europeias²⁶ no ano 2000:

No âmbito da Estratégia Europeia de Emprego, a Comissão e os Estados-Membros definiram a aprendizagem ao longo da vida como toda e qualquer actividade de aprendizagem, com um objectivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências. Esta é a definição operacional adoptada no presente Memorando enquanto ponto de partida para subseqüentes debates e acções (CCE, 2000, p.3).

[...] a Europa está em transição para uma sociedade e uma economia assentes no conhecimento. Mais do que nunca, o acesso a informações e conhecimentos actualizados, bem como a motivação e as competências para usar esses recursos de forma inteligente em prol de si mesmo e da comunidade, estão a tornar-se a chave do reforço da competitividade da Europa e da melhoria da empregabilidade e da adaptabilidade da força de trabalho (CCE, 2000, p.5).

Vê-se que o movimento europeu por uma *aprendizagem ao longo da vida* tem como pressupostos a *empregabilidade* e a *adaptabilidade* no sentido de dar conta de uma mundialização imperativa que faz parte de um “imperialismo simbólico” de discursos que *tudo tentam explicar* mas os quais não se busca discutir (“flexibilidade”, “globalização”,

²⁶ Algumas publicações indicam Comissão das Comunidades Europeias (CCE) outras apenas Comissão Europeia (CE) no entanto se trata da mesma instituição.

“sociedade do conhecimento”, etc.) o que é chamado por Bordieu e Wacquant (2000 *apud* CANÁRIO, 2003, p. 199) de “uma nova vulgata planetária” e que para Bauman (1999, p. 7) é um tipo de modismo de palavras “opacas” que ganham o status de “cânones inquestionáveis”.

Dentre as considerações de Canário sobre as distorções da concepção de educação permanente carreadas pelo discurso da *aprendizagem ao longo da vida*, destacam-se:

De uma concepção educativa centrada na construção da pessoa (“Aprender a Ser”) passou-se para uma concepção educativa funcionalmente subordinada à produção e acumulação de bens (“Aprender a ter”) (CANÁRIO, 2003, p. 199);

A articulação estreita entre as políticas de educação e formação e as políticas de emprego serve a gestão da política dos problemas sociais do desemprego e da precarização do trabalho e induz a ideia de que os problemas de inserção satisfatória no mercado de trabalho seriam uma consequência do déficit de qualificações dos trabalhadores (CANÁRIO, 2003, p. 199);

Esta perspectiva da educação, presente na *aprendizagem ao longo da vida*, está nos antípodas de uma concepção de educação permanente, encarada como o trabalho que cada um realiza sobre si próprio, na construção de si, de uma visão e de uma intervenção no mundo, o que implica admitir que o mundo social, como construção humana, pode ser compreendido e objeto de uma ação transformadora” (CANÁRIO, 2003, p. 200).

Neste cenário a educação se centra na aquisição de conhecimentos pelo trabalhador com a finalidade primeira de qualificar o trabalho que realiza. Responsabiliza-se o trabalhador de tal forma que se convence de que seu insucesso é resultante principalmente da falta de interesse e/ou esforço pessoal.

Essa crescente valorização da qualificação dos trabalhadores é justificada principalmente pelas mudanças ocorridas na esfera do trabalho desde os anos 1960/70 do século XX e mais patentes nas décadas seguintes que “demandariam um novo tipo de trabalhador, mais ilustrado, mais informado, possuidor de níveis de escolaridade mais altos” (FERRETI, 2002, p. 300) e resultou num enorme interesse num modelo educacional que seja baseado no desenvolvimento de competências.

Ramos (2002, p. 402) aponta que neste contexto de mudanças a noção de competência tem tensionado o conceito de qualificação sobressaltando sua dimensão experimental em detrimento da conceitual e social.

A primeira porque os saberes tácitos e sociais adquirem relevância diante dos saberes formais, cuja posse era normalmente atestada pelos diplomas. A segunda porque, em face da crise do emprego e da valorização de potencialidades individuais, as negociações coletivas antes realizadas por categorias de trabalhadores passam a se basear em normas e regras que, mesmo pactuadas coletivamente, aplicam-se individualmente.

Tendo a competência como uma diretriz para educação se incorre numa “valorização da experiência” que seria indesejável pois “leva à reificação do saber prático em detrimento da compreensão dos fenômenos e dos próprios fundamentos, pertinência e limites desse saber” (CIAVATTA e RAMOS, 2012, p. 22).

O trabalho como *princípio educativo* não seria “uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um pressuposto ontológico e ético-político no processo de socialização humana” (FRIGOTTO, 2006, p. 247). Sobre os fundamentos ético-políticos da educação Severino (2006, p. 292) tem entre suas considerações que:

[...] a prática educativa revela-se, em sua essencialidade, como modalidade técnica e política de expressão desse universo [simbólico] [...] é como prática cultural que a educação se faz mediadora da prática produtiva e da prática política, ao mesmo tempo que responde também pela produção cultural [...] Ser eminentemente prático, o homem tem sua existência definida como um contínuo devir histórico, ao longo do qual vai construindo seu modo de ser, mediante sua prática. Essa prática coloca-o em relação com a natureza, mediante as atividades do trabalho; em relação com seus semelhantes, mediante os processos de sociabilidade; em relação com sua própria subjetividade, mediante sua vivência da cultura simbólica.

Vemos o trabalho como princípio educativo de uma educação que seja permanente pois esta tem seu lugar privilegiado na vida social em que o homem constrói continuamente seu modo de ser.

A educação, entendida como um processo permanente e difuso em toda a vida social, tem um papel central a desempenhar na pesquisa e construção de “uma saída” colectiva, no desenvolvimento de valores outros que a competição e o lucro, como suporte da nossa vida colectiva, na recriação de novas formas de articular o aprender, o viver e o trabalhar (CANÁRIO, 2008, p. 94).

A construção de uma sociedade educativa em que os indivíduos vivam de forma permanente situações que lhes permitam “aprender a ser” (ou seja a determinar o seu futuro individual e colectivo) é imperativo de civilização (CANÁRIO, 2008, p. 95).

Pode-se dizer que uma educação que privilegie a vida social como espaço de aprendizado contínuo e neste sentido tem a experiência como substrato é o pressuposto central da educação permanente em sua gênese. No entanto os imperativos econômicos de desenvolvimento suplantaram esse ideal por uma lógica de aprendizado para o mercado de trabalho e aí sim na perspectiva de formação de *capital humano*. Segundo Frigotto (2006b) o conceito de *capital humano* foi desenvolvido por Schultz (1973) que considera o “fator H – composto por habilidades, conhecimentos, atitudes, valores” (SCHULTZ, 1973, *apud* FRIGOTTO, 2006b, p. 47) como insumo adicional do processo produtivo capaz de ser o diferencial entre economias desenvolvidas e subdesenvolvidas. Essa concepção não só “mascara” as determinações históricas da desigualdade entre as nações quanto acaba por atribuir ao indivíduo “a responsabilidade por seu desemprego ou subemprego” (FRIGOTTO, 2006b, p. 49). O princípio do *capital humano* pode ser percebido sempre que o trabalhador é visto como insumo capaz de melhorar a produtividade em detrimento das determinações históricas que conformam sua atividade laboral.

Retomando o conceito de EP adotado pelo MS, é possível também identificar certa reprodução do princípio do *capital humano*, pois se vê que embora a experiência seja lócus e subsídio para a educação, a lógica não está no desenvolvimento desse indivíduo, no seu “aprender a ser”, mas tem como eixo central a mudança das práticas e assim a melhoria da qualidade do trabalho, ou seja, a qualificação do trabalhador visa melhorar o trabalho em saúde. Essa intenção está bem clara na conceituação de educação permanente dada por Ceccim e Ferla (2006, p. 110).

Enfatizamos novamente: será ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise. Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários). A escolha pela ‘educação permanente em saúde’ é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por ‘encontro’ com a população.

Que o trabalho em saúde principalmente no âmbito do SUS precisa ser melhorado é incontestável. Que a qualificação profissional é importante para melhoria de processos de trabalho também é consensual. Porém o questionamento é que esta centralidade do trabalho não era o objetivo da educação permanente e mesmo que fosse tomada para este fim, poderia ela dar conta desta missão quase redentora de fazer com que o trabalhador da saúde supere as dificuldades de suas práticas a partir da reflexão, da problematização das mesmas? Essa é uma preocupação que nos colocamos e que ainda nos deteremos ao longo desta discussão. Por ora, aludimos a Lima (2007, p. 78) que adverte sobre a “insistência na lógica da gestão dos recursos humanos e da formação profissional” que acaba colocando em discussão o próprio caráter educativo de políticas de educação.

Observamos também que embora a concepção de *inacabamento do ser* de Paulo Freire sirva à proposta da EP, o próprio autor a rejeita de maneira contundente pois considera que a educação traz em si mesma a ideia de ser contínua por toda a vida e por isso não existiria uma educação que não fosse permanente.

Na verdade, faz parte da essência do ser da educação a permanência. O adjetivo “permanente” juntado a ela não é só uma redundância, mas o que é pior, é uma distorção. A educação é permanente, I – na medida mesma em que os seres humanos, enquanto seres históricos, e com o mundo, são seres inacabados e conscientes de seu inacabamento, II- na medida em que se movem numa realidade igualmente inacabada. Numa realidade contraditória e dinâmica, realidade que não é, pois que para ser tem de estar sendo. Este caráter permanente da educação não tem nada a ver, porém, com a chamada Educação Permanente [...]. O que esta educação parece vir insinuando, através do adjetivo “permanente” com o qual conota o substantivo “educação” é a redução de toda educação a ela, isto é, a Educação Permanente. É como se seus teóricos, ou melhor, seus ideólogos, “retirando” do ser da educação a qualidade da permanência, transformando-a num adjetivo necessário, apresentando-a como a própria educação (FREIRE, 1984, p.16s). [Texto extraído do Prefácio à obra de Gadotti (1984), *A educação contra a educação*, em que o autor faz uma crítica contumaz a Educação Permanente].

Entendemos, no entanto, que mesmo que soe redundante uma educação ser *permanente* tal não invalida o conceito e os objetivos da EP enquanto uma proposta autêntica de educação.

Numa ampla revisão sobre o tema da educação permanente e da educação de adultos, Osório (2005, p. 42) também não se exime do inquietante dilema epistemológico que essa discussão induz:

A educação permanente é um simples processo de capacitação profissional mais avançada do que a formação inicial, vendo pessoas como “agentes de produção”, como “recursos humanos” (incentivando sobretudo o caráter de “recurso”), ou então interessa-nos, sem renegar a este encargo, entender as suas funções sociais, culturais, cívicas e familiares?

Dentre as questões conceituais tratadas pelo autor interessa-nos também a distinção entre a educação de adultos e a educação popular que em muitas situações são tidas como iguais ou referidas como parte de um mesmo processo embora de fato o ser social ao qual cabe uma educação que seja permanente é o mesmo de qualquer outro tipo de iniciativa pois os seres aos quais se referem são os mesmos. Freire (2001, p. 16) considera que a educação de adultos é melhor percebida quando reconhecida como educação popular que “é sobretudo o processo permanente de refletir a militância [...] a sua capacidade de mobilizar em direção a objetivos próprios [...], tenta o esforço necessário de ter no educando um sujeito cognoscente [...]”.

No entanto, a partir de outros autores, Osório (2005, p. 177) distingue a educação popular apontando também algumas de suas características:

1. Os agentes educativos são os próprios educandos [...].
2. O sujeito da educação não é o ser humano em formação, mas o povo submetido a opressões.
3. O método de aprendizagem parte das experiências quotidianas coletivas.
4. A finalidade da educação é que as classes populares se libertem da opressão e consolidem o seu poder na sociedade.
5. O propósito da educação é preparar para a revolução social, ensinar os homens a terem um compromisso social.
6. A ação educadora tem uma projeção política.

Trazemos esses apontamentos pois a educação popular assim como a permanente também é uma apropriação que o campo da saúde fez e cujos traços são comuns aos delineados pelo autor. Partindo da concepção *freireana* de uma educação *libertadora*, *emancipadora*, a educação popular em geral e não obstante a educação popular em saúde empreendem em diferentes frentes uma educação que parte da realidade para transformá-la

pela transformação de quem a constitui, sem dúvida uma *pedagogia dialética* – cuja questão central é “o homem enquanto ser político, a libertação histórica, concreta, do homem contemporâneo” (GADOTTI, 1995, p. 149).

Não sou apenas objeto da *História* mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, *constato* não para me *adaptar* mas para *mudar* [...] Constatando, nos tornamos capazes de *intervir* na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela (FREIRE, 2000, p. 77).

A educação popular em saúde parte dos saberes que os sujeitos têm da realidade buscando a compreensão das “raízes” dos problemas de saúde, das causas sociais da doença para se buscar as soluções que lhe são necessárias numa “troca de saberes” populares e científicos. “Assim só cabe entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender” (VASCONCELOS, 1997, p. 20).

As discussões sobre a temática da educação de adultos e da educação permanente foram fomentadas e fundamentadas não apenas pelas publicações como aquelas às quais temos nos referido mas também pela realização de grandes eventos internacionais nas últimas décadas dos quais emergiram propostas e diretrizes essenciais como no caso das Conferências Internacionais sobre Educação de Adultos realizadas pela UNESCO: Elsinore (1949), Montreal (1960), Tóquio (1972), Paris (1985), Hamburgo (1997) (IRELAND, 2010).

A edição mais recente, CONFINTEA VI, foi realizada no Brasil, em Belém, no mês de dezembro de 2009, da qual resultou o *Marco de Ação de Belém* que ratifica o conceito de educação de adultos estabelecida em Nairóbi (1976) e aprofundado em Hamburgo (1997); toma como foco central a alfabetização, considerada alicerce para demais aprendizagens; e reitera *a aprendizagem ao longo da vida* como princípio organizador da educação porém não a circunscrevendo a *empregabilidade*.

Estamos convencidos e inspirados pelo papel fundamental da aprendizagem ao longo da vida na abordagem de questões e desafios globais e educacionais. Além disso, estamos convictos de que aprendizagem e educação de adultos preparam as pessoas com conhecimentos, capacidades, habilidades, competências e valores necessários para que exerçam e ampliem seus direitos e assumam o controle de seus destinos. Aprendizagem e educação de adultos são também imperativas para o alcance da equidade e da inclusão social, para a redução da pobreza e para a construção de sociedades justas, solidárias, sustentáveis e baseadas no conhecimento (UNESCO, 2010c, p.7).

Além das Conferências já citadas outros fóruns mundiais de grande repercussão para a educação foram realizados dos quais também resultaram declarações e resoluções norteadoras de políticas educacionais em diferentes países. Dentre esses documentos destacam-se: a Declaração Mundial sobre Educação para todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem (Jomtien - 1990), Declaração de Nova Delhi sobre Educação para Todos (1993), Declaração de Salamanca sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais (1994), Educação para todos: o Compromisso de Dakar (2000), Declaração de Cochabamba – Educação para todos: Cumprindo nossos compromissos coletivos (2001).

Pode-se dizer que é notório o papel da UNESCO nas diretrizes recentes da educação tanto pelos eventos organizados quanto pelos textos deles resultantes bem como por outros estudos e publicações. Suas influências, positivas ou não, bem como de outras agências como do Banco Mundial (BM), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), e do Fundo Monetário Internacional (FMI) são temas frequentes de estudos.

Arouca (1996) avaliou a “precisão” terminológica e conceitual de EP do período de 1960 a 1983, a partir de publicações de diferentes autores e instituições bem como dos documentos veiculados pelas CONFINTEAS. A autora teve como preocupação de fundo identificar a introdução por países desenvolvidos de métodos educacionais considerados por ela como “duvidosos” nos países subdesenvolvidos da América Latina. Diante dos dados os autores foram agrupados em três principais correntes:

- 1) *Corrente Internacional*: tenta superar os limites da educação formal, escolarizada, diante de um mundo em rápida evolução técnica e conseqüentemente constante

defasagem da mão-de-obra. Essa concepção foi difundida principalmente pela UNESCO e teve Paul Lengrand entre os autores mais expressivos;

- 2) *Corrente Americana*: vem de uma tradição norte-americana centenária de educação de adultos que já tinha as perspectivas de EP presentes em práticas universitárias. Frequentemente a EP é substituída por expressões como *continuous learning*, *continuing education*, *life-long education* e *recurrente education*. Destacam-se os estudos realizados em várias universidades dos EUA e o modelo de EP adotado pelo Canadá desde meados do século XIX.
- 3) *Corrente Europeia*: a EP nasce principalmente da educação popular com destaque para o movimento desenvolvido na Dinamarca. Tanto no Reino Unido quanto nos Países Escandinavos se pressupõe que os adultos já tenham um certo nível de instrução por isso “a educação continuada deve corresponder às necessidades das pessoas, durante toda a vida” referindo-se principalmente ao período pós-escolar (Arouca, 1996, p. 69). Dentre os autores dessa corrente, destacam-se: na Dinamarca, K. B. Andersen; na Inglaterra, F. W. Jessup; na França, B. Schwartz e A. Touraine; na Suíça, P. Furter.

Segundo Arouca (1996) a noção de EP resultaria numa explicação e orientação para a educação numa sociedade contemporânea, num contexto de reconstrução pós-Guerra, objetivando superar as limitações dos modelos de Educação Formal. A crítica à introdução de estratégias de educação nos países latino-americanos se deve principalmente pelo fato dessas ações configurarem, no limite, em mais um tipo de dominação, submetendo as populações a uma ideia de educação indiferente às condições históricas de cada nação sobrepondo-se também à liberdade de cada um definir a educação que lhe interessa.

Numa pesquisa sobre reforma educacional na América Latina e a posição de organismos internacionais, Krawczyk (2002) tem entre suas conclusões:

Como consequência da negação das entranhas do modelo de desenvolvimento atual e do quadro simplista que se constrói para explicar o complexo cenário político, social e econômico que se perfila para os próximos anos, são aduzidas, como solução para os problemas educacionais e sociais, políticas públicas fragmentadas, contraditórias, mínimas, pontuais, além de privatizantes. Enquanto

isso, nunca o modelo de desenvolvimento em questão aprisionou, tanto quanto hoje, as possibilidades de transformação da educação em prol de uma sociedade mais igualitária (KRAWCZYK, 2002, p. 58-59).

O pressuposto das reformas induzidas pelos organismos internacionais na década de 1990 em países como o Brasil foi o de qualificá-los para a “nova ordem econômica mundial” mas sob a “fetichização da necessidade do conhecimento instrumental para a inserção competitiva dos países latino-americanos no mercado mundial” (KRAWCZYK e VIEIRA, 2008, p. 16).

Percebe-se que num contexto em que se imperam os valores econômicos, a educação é vista como moeda de troca, como garantia de empréstimos, e menos como reserva de valor. Discute-se se ela é ou não capaz de potencializar o desenvolvimento econômico mas se os seres estão mais ou menos *inacabados* não é questão lucrativa.

O dinheiro do Banco Mundial é um dinheiro caro. Se o dinheiro é caro, é emprestado em condições de controle ideológico, político e econômico, com esse ajuste econômico que não melhora as condições de eficiência e produtividade do sistema de ensino [...] Limitar ou suspender os créditos internacionais às políticas sociais, embora possa parecer mais radical, parece ser a única saída para se começar uma alternativa, a fim de se investir mais produtiva e democraticamente na educação (GENTILE, 2003, p. 255).

2.1.1. O CASO BRASILEIRO: as faces do alfabetismo

No Brasil, segundo Bernardim (2008), a educação sempre esteve a reboque das mudanças nas bases materiais da produção nacional. De acordo com Paiva (1994, p. 30),

É dentro deste panorama que todos os países, em especial os pobres, se confrontam hoje com uma nova e súbita consciência: a de que o custo da não universalização das oportunidades de educação básica ou da cobertura universal ineficaz tornou-se muito elevado. De maneira até certo ponto inesperada, mostrou-se demasiado caro arcar com as consequências de sistemas educativos restritos e/ou ineficientes, que oferecem à sociedade qualificação precária ou que não logram aplicação prática, num mundo em que o letramento tornou-se condição mínima para o trabalho e para a vida diária. A requalificação, a educação continuada, compensação de deficiências educativas entre jovens e adultos com os mais variados níveis formais de escolaridade, tornaram-se uma prioridade.

Neste contexto de qualificação para o mundo do trabalho cada vez mais exigente, a temática da educação de adultos é geralmente associada com a instrução do indivíduo adulto, principalmente o trabalhador, que não teve uma educação formal mínima na sua infância e juventude e que precisa estar qualificado para o trabalho. Onde as deficiências são maiores vê-se a centralidade da alfabetização tardia partindo também de um princípio conquistado²⁷ de que a educação é um direito a ser assegurado.

Apesar da “erradicação” do analfabetismo no Brasil ter pautado discursos bem anteriores²⁸ que resultaram em várias experiências como a Campanha de Educação de Adolescentes e Adultos – CEAA (1945), a Campanha Nacional de Erradicação do Analfabetismo - CNEA (1957) e o Movimento Brasileiro de Alfabetização – MOBRAL (1967) entre outros mais recentes, por exemplo, o Programa Alfabetização Solidária – PAS (1996) e o Programa Brasil Alfabetizado - PBA²⁹ (2003) (BERNARDIM, 2008), o analfabetismo ainda é uma realidade no país evidenciando que a solução deste problema de fato ainda não é uma prioridade.

O analfabetismo caracteriza correntemente uma condição em que não se sabe ler e escrever, no entanto o termo alfabetismo não se reduz à condição de leitura e de escrita simplesmente, é mais complexo. A complexidade do termo foi-se constituindo historicamente principalmente a partir da II Guerra pela necessidade de se compreender as condições daquele que lê e escreve e como utiliza esse recurso para “fins pragmáticos, em contextos cotidianos, domésticos ou de trabalho” (RIBEIRO, 1997, p. 145); e é desta capacidade que decorre o termo alfabetismo funcional³⁰.

²⁷A educação foi considerada direito de todos na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 (IRELAND, 2010).

²⁸Um panorama histórico da educação de adultos no Brasil e na América Latina é apresentado por Black (1990). A autora também discute diferentes métodos para esse tipo de educação com enfoque na alfabetização.

²⁹O Programa Brasil Alfabetizado é voltado para alfabetização de jovens, adultos e idosos priorizando municípios que têm taxa de analfabetismo igual ou superior a 25% (BRASIL, 2012d).

³⁰É importante trazer aqui a observação de Lima (2007) sobre o uso do termo alfabetismo e analfabetismo funcional. Para o autor diante das transformações tecnológicas em curso, o analfabetismo funcional será, de certa maneira, cada vez mais generalizado em diferentes níveis, setores e formas. “Assim, a alfabetização funcional, tecnológica, social, etc., é um processo contínuo e em permanente evolução, de todos e para todos, o que de resto se torna compatível com a tradição da educação ao longo de toda a vida” (LIMA, 2007, p. 112).

A pesquisa do Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF)³¹, realizada em 2009, revela que 27% da população brasileira de 15 a 64 anos são analfabetos funcionais que compreende tanto analfabetos quanto aqueles de alfabetismo de nível rudimentar (AÇÃO EDUCATIVA e INSTITUTO PAULO MONTENEGRO-AE e IPM, 2009)³².

Considerando a série histórica (2001 – 2009) a pesquisa aponta que houve uma diminuição de analfabetos (de 12% para 7%) e daqueles em nível rudimentar (de 27% para 20%) e aumento no nível básico (de 34 para 46%) indicando uma evolução na educação brasileira embora o nível pleno tenha tido crescimento inexpressivo (de 26% para 27%). Associando o alfabetismo aos níveis de escolaridade da população destaca-se:

- ✓ A maioria dos brasileiros entre 15 e 64 anos que estudaram da 1ª à 4ª série (52%) atingem no máximo o grau rudimentar de alfabetismo, sendo que 9% destes indivíduos podem ser considerados analfabetos absolutos em termos de habilidades de leitura/escrita;
- ✓ Dentre os que cursam ou cursaram da 5ª à 8ª série, apenas 17% podem ser considerados plenamente alfabetizados sendo que 24% dos que completaram entre 5 e 8 séries do Ensino Fundamental ainda permaneçam no nível rudimentar;

³¹ Realizado desde 2001, o INAF revela o nível de alfabetização da população brasileira de 15 a 64 anos a partir de habilidades e práticas de leitura, escrita e matemática (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2011).

³² **Os quatro níveis de alfabetismo considerados pelo INAF são:**

Analfabeto - Corresponde à condição dos que não conseguem realizar tarefas simples que envolvem a leitura de palavras e frases ainda que uma parcela destes consiga ler números familiares (números de telefone, preços etc.);

Rudimentar - Corresponde à capacidade de localizar uma informação explícita em textos curtos e familiares (como um anúncio ou pequena carta), ler e escrever números usuais e realizar operações simples, como manusear dinheiro para o pagamento de pequenas quantias ou fazer medidas de comprimento usando a fita métrica;

Básico - As pessoas classificadas neste nível podem ser consideradas funcionalmente alfabetizadas, pois já lêem e compreendem textos de média extensão, localizam informações mesmo que seja necessário realizar pequenas inferências, lêem números na casa dos milhões, resolvem problemas envolvendo uma sequência simples de operações e têm noção de proporcionalidade. Mostram, no entanto, limitações quando as operações requeridas envolvem maior número de elementos, etapas ou relações; e

Pleno - Classificadas neste nível estão as pessoas cujas habilidades não mais impõem restrições para compreender e interpretar textos em situações usuais: lêem textos mais longos, analisando e relacionando suas partes, comparam e avaliam informações, distinguem fato de opinião, realizam inferências e sínteses. Quanto à matemática, resolvem problemas que exigem maior planejamento e controle, envolvendo percentuais, proporções e cálculo de área, além de interpretar tabelas de dupla entrada, mapas e gráficos (INAF, 2009, p. 7).

- ✓ Quanto àqueles que cursaram alguma série ou completaram o Ensino Médio, apenas 41% atingem o nível pleno de alfabetismo sendo que o índice esperado seria de 100%;
- ✓ A maioria (71%) dos indivíduos com pleno domínio das habilidades de leitura/escrita e das habilidades matemáticas está entre aqueles que chegaram ao Ensino Superior.

O Censo do ano 2010 aponta que a taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais de idade caiu de 56% em 1940 para 9,6% em 2010 embora ainda seja maior no meio rural e desigual nas diferentes regiões do país (IBGE, 2011b).

Percebe-se que embora a alfabetização tenha sido ampliada no Brasil nos últimos anos há que se realizar ainda um grande esforço no sentido da qualidade do ensino pois a análise a partir de níveis distintos de alfabetismo sinaliza a existência de enormes deficiências. Superar as barreiras que impedem uma aprendizagem mais efetiva tem a ver com a definição de parâmetros de qualidade para a educação que se

articula a diferentes dimensões e espaços da vida social sendo, ela própria, elemento constitutivo e constituinte das relações sociais mais amplas [...], perpassada pelos limites e possibilidades da dinâmica pedagógica, econômica, social, cultural e política de uma dada sociedade” (DOURADO e OLIVEIRA, 2009, p. 201).

O PBA é voltado para alfabetização de jovens, adultos e idosos priorizando municípios que têm taxa de analfabetismo igual ou superior a 25% (Brasil, 2012d). A educação de jovens e adultos (EJA)³³ está prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996 destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade dos estudos no ensino fundamental e médio na idade adequada devendo articular-se, preferencialmente, com a educação profissional conforme a Lei nº 11.741 de 16 de Julho de 2008 (Brasil, 2012e). A oferta de cursos para a EJA vinculados a Educação Profissional é o objetivo principal do Programa Nacional de Integração da Educação Básica com a

³³ Di Pierro (2010) discute a EJA no Plano Nacional de Educação (PNE) 2001-2010.

Educação Profissional na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA) instituído pelo Decreto Nº 5.840, de 13 de Julho de 2006 (BRASIL, 2012f).

Discutindo sobre o currículo na EJA integrada à educação profissional, Ciavatta e Rummert (2010) consideram que embora seja expressiva a ampliação da oferta de cursos, ainda há carência de políticas que sejam efetivas tanto para universalização do acesso quanto da qualidade e da permanência no ensino fundamental e médio.

Nesse quadro, as políticas governamentais, no âmbito da EJA, revestem-se de um caráter de aparente democratização, marcado pela ampliação de oportunidades de elevação de escolaridade, na realidade, funcionais às atuais formas de divisão social do trabalho e aos novos requerimentos do processo produtivo na atual fase de acumulação do capital (CIAVATTA e RUMMERT, 2010, p. 464).

Gadotti (2003, p. 31) aponta que “na raiz do problema do analfabetismo” de jovens e adultos estão as “precárias condições de vida” que esses trabalhadores lutam para superar. O analfabetismo é para o autor a expressão da pobreza, “consequência inevitável de uma estrutura social injusta” (GADOTTI, 2010, p. 32). Neste sentido, é pela abstração das relações sociais de produção que se fundamenta a crítica de Paiva (1985) à obra de Touraine (1969) que compõe uma bibliografia³⁴ que se tornou referência para a difusão no Brasil do tema da educação permanente nos fins da década de 1960.

Já não existe classe econômica dominante e classe econômica dominada; não se encontra mais senão, de um lado, o movimento de racionalização da sociedade que responde pelo próprio crescimento e seu futuro, e, de outro, a multiplicidade das defesas, não apenas dos particularismos, mas das experiências vividas. Defesa da região contra a racionalização do espaço nacional e internacional; defesa, devo insistir, das pessoas adultas contra a mudança; defesa da permanência da unidade familiar contra os impactos devidos às mudanças de emprego ou localização; defesa também [...] das cidades e dos camponeses contra a submissão exclusiva às exigências do presente [...] Expusemos aí a natureza dos conflitos sociais básicos das sociedades pós-industriais [...] Realmente, hoje em dia os grandes problemas são menos de distribuição do lucro que de distribuição dos conhecimentos (TOURAINÉ, 1969, p. 35).

³⁴ A análise de Paiva (1985) baseia-se numa coletânea de artigos de alguns autores que se tornaram referência na difusão da EP no Brasil como Acher Deleón, Bertrand Schwartz, Durmeval Trigueiro e Pierre Furter. Os textos foram publicados na *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos* (v. 51, n. 113) de 1969. Nessa época, Deleón era diretor do Departamento de Educação de Adultos da UNESCO. Conforme Arouca (1996), embora representante da *Corrente Internacional*, a autora aponta que Deleón era mais citado na *Corrente Americana*.

Entre os autores referenciados por Paiva (1985) em sua análise está o suíço Pierre Furter, perito da UNESCO no Brasil nessa época. De sua participação nesse período de um curso de Filosofia da Educação realizado em São Paulo (1964/65) no âmbito do Projeto principal da UNESCO para América Latina, resultaram dois livros de grande repercussão no meio acadêmico fundamentais para incluir a educação permanente no “vocabulário pedagógico nacional”, nas palavras de Paiva (1985, p.8).

O primeiro dos livros de Furter, acima citados, foi *Educação e reflexão*, publicado em 1966. É na conclusão desta obra que o autor introduz a temática da educação de adultos se referindo justamente à continuidade da educação por toda a vida uma vez que o homem é um ser inacabado e portanto a educação só “acaba com a morte” (FURTER, 1973, p. 67). O homem “inacabado” tem a educação como facilitadora de seu processo de “maturação” que é uma “*tarefa*”, uma “*história* que não é predeterminada”, é “ *pessoal, existencial*” sendo que o homem tem sempre a “possibilidade de interromper este processo e de pensar, declarar e viver como se já estivesse maturo”; a educação seria então uma “*metodologia: a aprendizagem do aprender*” (FURTER, 1973, p.72-73).

O segundo livro, lançado como continuidade do anterior, publicado no mesmo ano, é *Educação e vida*. Seguindo a ótica da “maturação contínua” do ser e a educação enquanto facilitadora, aquela que dá condições para o homem “se realizar plenamente” (FURTER, 1972, p. 7), “*uma tarefa que contínua e constantemente* o homem deve realizar em *todas* as situações em que está vivendo” (FURTER, 1972, p. 127), é que o autor aborda no sexto capítulo a temática da educação permanente. A EP é vista como uma resposta não só para a compreensão de que o homem vive continuamente em maturação, o que o autor trata como “conceito antropológico de *maturação*”, como também para o “conceito socioeconômico de *desenvolvimento rápido*”, remetendo-se ao progresso científico e tecnológico em curso e a necessidade de constante aperfeiçoamento profissional. O autor rechaça reduções feitas ao conceito de educação permanente – “*extraescolar*”, “*complementar*”, “*prolongada*”, “*de adultos*” – e defende que não se trata de algo que se acrescenta ao sistema escolar mas deve ser o fundamento sobre o qual esse sistema deve ser reconsiderado.

Paiva (1985) chama atenção para alguns aspectos dos livros de Furter quem ela considera ter forjado parte da “*mentalidade pedagógica*” dos intelectuais do país naquele

período. A proposta serviria como instrumento para a mudança social requerida naquele momento tanto por uma sociedade desgastada pela ditadura quanto pelo próprio regime que via nessa utopia, em difusão naquele período, uma oportunidade de “consolidação do capitalismo no país” (PAIVA, 1985, p.39). A crítica da autora diz respeito principalmente em sua concepção de EP que estaria baseada numa “antropologia filosófica impregnada de existencialismo”, em voga naquele período, que resultava numa educação pensada a partir de instâncias biológicas e psicológicas e não “enquanto processo determinado pelas necessidades de reprodução global da sociedade” (PAIVA, 1985, p.40). Não está clara aqui a colocação da autora pois uma educação que objetiva a “reprodução” é contrária a uma crítica anticapitalista que é notória em sua fala. Pouco adiante, ela mesma indaga a ausência na reflexão de Furter sobre temas como “a sociedade de classes, o Estado como instrumento de classe dominante, a educação como meio de reprodução social, etc.” (PAIVA, 1985, p. 44).

Na crítica de Gadotti (1984) o discurso da EP sempre tem as mudanças econômicas como ponto de partida e neste contexto se questiona a educação vigente como ineficaz no preparo dos trabalhadores.

Indispensável para a manutenção das sociedades em mudança, a Educação Permanente, submete toda a educação à política econômica. De um lado, a Educação Permanente *traduz*, no domínio educativo, o conceito de monopólio do modo industrial de produção, de outro lado, ele tende a integrar a educação a este mesmo monopólio para operar a sua *reprodução* (GADOTTI, 1984, p. 86).

Observamos que questionar a qualidade da formação dos trabalhadores não deixa de ser importante para se avaliar os cursos existentes tanto de nível médio quanto no ensino superior principalmente quando se trata de questões ligadas à saúde e neste sentido podem comprometer diretamente a vida de cada indivíduo e da população como um todo. Pensar na qualidade da educação apenas no exercício profissional sem atuar igualmente na melhoria da formação é adotar a educação continuada como remédio para tratar deficiências pelo menos do nível superior de ensino. A nosso ver, se a EP faz essa crítica não deveria por este motivo ser criticada.

Além dessas duas obras de Furter que mais se destacaram, também foi publicado no Brasil, em 1974, o livro *Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural* no qual este autor considera que a EP estava em evolução passando por três fases:

1ª Fase - A educação permanente enquanto processo contínuo de desenvolvimento individual: ampliou-se a noção de educação na perspectiva de um mundo em transformações em que cada indivíduo deveria participar e contribuir para o desenvolvimento cultural em que o homem chegasse ao ponto de ele mesmo assumir sua formação;

2ª Fase – A educação permanente enquanto princípio de um sistema global: a partir de uma concepção ampliada da educação entende-se a existência de uma correlação entre o desenvolvimento geral e o individual. Não atingiu as expectativas da EP pois nesse período houve uma redução da mesma a uma educação voltada para adultos, mas no entanto foi instrumento para o crescimento e consolidação dessa atividade;

3ª Fase – A educação permanente enquanto estratégia cultural no processo de um desenvolvimento integral: necessidade de associar a educação a uma política de recursos humanos que resulte não apenas na utilização do “*capital humano*” mas levá-los a uma política cultural “que considere o conjunto das populações como agentes, autores e criadores responsáveis pelo desenvolvimento” (FURTER, 1974, p. 153).

Paiva (1985) aponta que nesta obra, Furter baseia sua reflexão mais na antropologia cultural, e destaca o papel da EP nos países subdesenvolvidos em que a alfabetização deveria ser vista como instrumento da mudança social como ferramenta de rompimento da dependência elite/massa. Por outro lado, a autora vê que a planificação defendida pelo autor tanto do desenvolvimento cultural quanto da EP, não sendo explícita sua contestação ao capitalismo, implicaria “a aprovação da política global das forças que controlam o aparelho do Estado” e levaria a uma assimilação de sua reflexão “por setores da burocracia estatal com pretensões nacionalistas também de países como o nosso, servindo de apoio ao autoritarismo” (PAIVA, 1985, p. 52).

O desenvolvimento cultural passa a poder ser manipulado de cima para baixo em função de um objetivo maior que é o desenvolvimento nacional, sem que se coloque em questão o problema da exploração do trabalho nem a estrutura de classes (PAIVA, 1985, p. 53).

Outra publicação brasileira nesse período germinal da EP foi o livro de Heloisa Gouvêa Collet³⁵, *Educação Permanente: uma abordagem metodológica* de 1976. A autora realiza uma ampla revisão bibliográfica sobre o tema ainda recente tendo como foco principal as implicações metodológicas dessa proposta na educação. Baseando-se principalmente em Furter, discorre sobre a EP e a educação de adultos no país que serviria de base para sua implantação e conclui reconhecendo as dificuldades para concretização da proposta - “tornar realidade uma utopia [...] emergir uma nova realidade educativa mais condizente com o desenvolvimento de um mundo em constante transformação” (COLLET, 1976, p. 94).

Já na década seguinte, Mary Ferreira Bárcia³⁶ tem seu livro *Educação Permanente no Brasil* publicado em 1982. Numa análise histórica da educação de adultos no país e neste sentido com ênfase na questão da educação supletiva, a autora vê na educação permanente o “cerne” de uma nova educação que culminaria na “andragogia – formação do homem total” (BÁRCIA, 1982, p. 80).

Ainda sobre o surgimento e desenvolvimento da EP no Brasil, Arouca (1996) ratifica a influência de Furter e destaca também o primeiro autor brasileiro a se dedicar ao tema que foi Durmeval Trigueiro Mendes³⁷ para quem a EP podia ser entendida como

um sistema aberto que utiliza toda a potencialidade da escola e da sociedade [...] opõe-se ao sistema escolástico [...] No futuro, mas já começando no presente, a

³⁵ À época, Professora de Educação Permanente e Metodologia na Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense e de Educação Permanente e Educação de Adultos na Universidade Católica de Petrópolis.

³⁶ Especialista em Planejamento Educacional e professora universitária. [Não foram obtidas maiores informações sobre a autora a não ser que foi a primeira diretora do Colégio Estadual Presidente Costa e Silva fundado no ano de 1971 em Nova Iguaçu/RJ].

³⁷ Professor em diferentes instituições principalmente em disciplinas sobre Filosofia da Educação ocupando cargos de gestão na esfera estadual e federal. Foi Coordenador da Comissão INEP / UNESCO, instituída em 1966 no âmbito do Ministério da Educação com o nome de CEOSE - Colóquios Estaduais sobre a Organização dos Sistemas Educacionais, também indicado Presidente do Instituto Brasileiro de Filosofia, seção Guanabara, no biênio 1968/69 e perito da UNESCO nesse período. Sua biografia completa está disponível em <http://www.durmevaltrigueiro.pro.br/biografia1.htm> (Acesso em 17 de Julho de 2012).

escola deixará de pretender abrigar o mundo dentro de si – como um microcosmo – e passará a ser um agente ordenador da potencialidade que está fora dela, no macrocosmo. Nesse momento, a educação será basicamente a consciência que a sociedade adquirirá de sua *práxis*, incluindo conhecimentos, valores e técnicas (TRIGUEIRO, 1969, p. 16).

Embora reconheça a importância de Trigueiro no cenário educacional do país, Paiva (1985) também faz uma análise crítica de sua defesa da EP que se baseava na modernização da nação, lograda pela educação.

Os países que não tomam decisões revolucionárias quanto aos gastos com a educação, podem ter todo o mimetismo, ou a retórica da mudança, mas, na realidade, não mudam nada (TRIGUEIRO, 1969, p. 14).

Os Estados modernos padecem de uma tremenda imaturidade quando se recusam a fazer a opção educacional como opção política (no sentido forte da palavra, isto é, colocando educação no cerne do processo nacional e retirando-a da marginalidade por força da qual a maioria dos cidadãos – os marginalizados – se concentra na atitude de reivindicações, eles custam mais a compreender, ou aceitar, que uma coisa evita a outra, e que mais vale a ofensiva criadora que a defensiva estéril ou destrutiva (TRIGUEIRO, 1969, p. 15).

Pensar a modernização e o desenvolvimento era premente nessa época no país principalmente de 1967 a 1973, período considerado o auge do “milagre econômico” (RODRIGUES, 1990). Ainda na década de 1950, Celso Furtado era um dos intelectuais considerados referência para se pensar um desenvolvimento planejado e conduzido pelo Estado (FIGUEIREDO, 1990).

A falta de experiência de capacidade técnica e financeira, ou o simples temor à concorrência de poderosas organizações internacionais entorpeciam os investimentos em importantes setores, e por conseguinte retardavam mudanças no sistema produtivo suscetíveis de promover a substituição de importações. O objetivo estratégico da política econômica deveria ser a prevenção desses desequilíbrios, pois só assim era possível, dada a disponibilidade de recursos, elevar a taxa de crescimento (FURTADO, 2006, p. 179). [Fragmento dos comentários de Furtado sobre uma série de conferências sobre a economia brasileira que proferiu na cidade do Rio de Janeiro num curso promovido pela CEPAL em 1957].

Pode-se notar no texto de Trigueiro um vetor veemente no sentido da democracia em plena ditadura militar no Brasil (1964 - 1985) em que várias personalidades

importantíssimas do país já estavam até exiladas, como o próprio Freire e também Furtado ambos penalizados pela cassação de direitos políticos imposta pelo Ato Institucional I (AI-1) de 1964. No mesmo ano desta publicação na RBEP (1969), no mês de agosto, Trigueiro teve sua aposentadoria³⁸ decretada compulsoriamente pelo AI-5 embora tenha dado continuidade a sua carreira docente no estado do RJ.

Chaguri (2007) numa revisão sobre o tema da EP discute o seu desenvolvimento no país e entende que neste contexto de cerceamento político e crise educacional marcada pelos eventos estudantis de 1968 cria-se um ambiente favorável a novas concepções de educação. Depreende-se que a educação permanente é então tomada como um ideal de educação para reestruturação do sistema escolar e como horizonte para uma educação contínua para todos principalmente dos adultos trabalhadores dados os imperativos de desenvolvimento econômico do período.

Embora não tenha se concretizado em reestruturação do sistema educacional são observadas influências do mote da EP difundido nessa época não apenas como um novo paradigma educacional discutido nas instituições de ensino superior mas também em documentos oficiais (AROUCA, 1996) e no desenvolvimento da educação de adultos no país com preocupação numa maior qualificação dos trabalhadores.

A educação de adultos de certa forma parece ter ganhado mais destaque com a demanda por um trabalhador mais qualificado, conduzida principalmente por interesses de formação de *capital humano*; e neste sentido a indução da EP como uma solução pedagógica estrangeira para os problemas de desenvolvimento locais representaria, nas palavras de Gadotti (1984, p. 130), uma “verdadeira armadilha”.

³⁸ Até então cargos importantes lhe eram ainda confiados. Nesse mesmo ano integrou a Equipe de Levantamentos e Diagnósticos do Serviço de Assistência Técnica do INEP, foi coordenador do Curso de Planejamento Educacional realizado pela Universidade do Estado da Guanabara em nível de pós-graduação e participou do Grupo de Trabalho encarregado de elaborar um plano de reestruturação desta Universidade e ainda foi Relator-Geral da IV Conferência Nacional de Educação, realizada em São Paulo (TRIGUEIRO, 2012).

Impressões inquietantes

Depreende-se dessa discussão, praticamente inesgotável dada sua complexidade e às inúmeras leituras que tem sido feitas sobre a temática, que a educação de adultos tem transitado entre várias concepções que vão se alternando e coexistindo historicamente. Comum tem sido uma intencionalidade que se pauta na qualificação do trabalhador cuja ênfase, embora seja variante no tempo e espaço, integra uma preocupação em dar a todos, por direito ou imperiosa necessidade produtiva, uma formação mínima mas não só, a depender dos interesses colocados.

Embora sejam variáveis a tônica da demanda e a extensão da cobertura ao menos idealizada pode-se dizer que a educação de adultos ainda é uma questão em aberto. Concordamos com aqueles que consideram que a educação deve se efetivar por toda a vida, que não se limita ao tempo e ao espaço escolar, ou seja, uma educação permanente. No entanto faltam consensos e meios que permitam que os adultos em todos os países vivenciem um processo educativo que acompanhe seu “ciclo vital”. As adversidades que minam essa realidade ainda são maiores que o tempo que o homem tem para nascer, aprender, aprender a aprender, libertar-se da ignorância alienadora e descobrir o mundo e o seu papel no mesmo e se possível contribuir para sua transformação.

Considerando as transformações semânticas da educação permanente e o distanciamento do sentido de uma educação para a vida para uma qualificação para o trabalho é que Lima (2007) convoca a um resgate da ideia de uma educação emancipadora, democrática,

com vistas a uma educação ao longo de toda a vida, considerada em toda a sua amplitude, comprometida com a emergência de sujeitos democráticos, cidadãos livres e autônomos, capazes de uma leitura crítica do mundo e da tomada da palavra com vista a sua transformação [...] (LIMA, 2007, p.33).

Contra visões tecnicistas de educação, hoje tão dominantes quanto esgotadas, é necessário insistir na revalorização ética da vida ao longo da educação, da formação e da aprendizagem, por referência a um conceito de aprendizagem socialmente responsável e sustentável (LIMA, 2007, p.34).

Se a educação é livre e democrática, para o desenvolvimento pessoal e social, jamais se deixará aprisionar por esquemas reducionistas de subordinação e adaptação aos *imperativos* da modernização econômica, da competitividade e da empregabilidade. Embora não possa deixar de se confrontar criticamente com eles (LIMA, 2007, p.98).

2.2. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: o protagonismo da OPAS

A educação permanente no campo da saúde é considerada uma aprendizagem significativa a partir de recortes da realidade (BRASIL, 2004c) em que o trabalhador é o ator social da mudança na qualidade da atenção, da produção de conceitos e novas práticas geradoras de transformação (CECCIM, 2005).

Tão logo sua emergência, a EP foi apropriada pela área da saúde já nos anos de 1970 em que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) começou a articular esforços para a definição de uma proposta de ensino que considerasse o trabalho como fundamental para o aprendizado dos profissionais de saúde. Em 1975 um grupo se reuniu para discutir “*planes de Educación Continua para los equipos de salud*” (HADDAD et al., 1994). O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos foi um catalisador desses esforços. A partir da análise de uma série de experiências que estavam sendo desenvolvidas na área da educação em saúde em vários países, numa reunião em Querétaro em 1988, no México, aprovou-se uma proposta de fazer da educação dos trabalhadores da saúde um processo permanente que teria o trabalho como “eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación [...]” (ROSCHKE et al., 1993, p. 467) e que adotou como ponto de partida para aprendizagem a experiência adquirida pelo adulto em seu trabalho proporcionando um preparo que lhe permita realizar suas potencialidades (HADDAD et al., 1990).

Essa proposta teve diferentes repercussões na Região das Américas. As experiências observadas apontavam a coexistência de duas lógicas consideradas distintas embora oriundas de uma preocupação comum. Uma delas diz respeito a ações de educação continuada (*educación continua*) que inclinavam a direcionar os serviços a partir de políticas centrais principalmente de cobertura concentrando os esforços na capacitação. Já as ações de educação permanente, vinculada a políticas de descentralização, se baseavam em propostas de desenvolvimento a partir das características e necessidades do processo de trabalho dos serviços de saúde. De acordo com Roschke et al. (1993, p. 474) nesta concepção “el proceso de aprendizaje puede caracterizarse de reconstructivo: va más allá de la simple actualización, y en esencia apela a una profunda confrontación entre viejos

patrones y el desarrollo de otros radicalmente distintos”. Talvez esteja nessa diferenciação estabelecida pela OPAS a origem de um embate que perdura ainda no campo da saúde entre a educação permanente e uma educação continuada.

De acordo com Lemos (2010) a OPAS adotou o conceito de EP em contraposição ao de EC considerando que esta servia apenas para atualização de conhecimentos e não resultava em mudanças nas práticas dos profissionais. A autora adverte que

[...] a mudança conceitual da EPS proposta pela OPAS, em meados da década de oitenta, não se circunscreve apenas a uma revisão de cunho pedagógico. É uma resposta às mudanças econômicas, políticas, culturais, ocorridas no mundo do trabalho [...] Desse modo a EPS para OPAS é uma proposta **gerenciadora**, sintonizada com as novas demandas do sistema toyotista de produção, exigências feitas não apenas aos trabalhadores das fábricas e empresas (LEMOS, 2010, p. 88).

Foi um período para OPAS de intensa reflexão sobre as práticas de educação nos serviços de saúde consideradas de baixa inserção institucional e reféns de “modismos pedagógicos dependentes das idiossincrasias dos dirigentes políticos ou de normas institucionais acríticas” (SOUZA et al., 1991, p.6). Essa constatação levou à proposição de uma educação em serviço que considerasse a relação entre o trabalhador, sujeito adulto, e os objetos do processo ensino aprendizagem que “implica sempre em transformação do sujeito e do objeto, em realidades concretas, onde teoria e prática em sua unidade dialética – práxis, conduz os sujeitos além da compreensão do mundo, a intervir em sua transformação” (SOUZA et al., 1991, p. 25) (OPAS, 1988).

Esse discurso parecia ser uma alternativa coerente com a situação da educação dos profissionais naquele período. Kurcgant et al. (1994) analisando a capacitação profissional em saúde no âmbito da formação e da educação continuada no início da década de 1990 apontam que não havia uma preocupação com as pessoas – “com sua realização intelectual, criativa e social” - e diante de uma capacitação automática e massificada encontrava-se profissionais pouco reflexivos e críticos. Corroborando com esse quadro as autoras consideravam que, ao menos no caso brasileiro, havia um processo educacional de baixa qualidade que formava “profissionais sem consciência crítica e reflexiva de sua realidade, e

com déficit em sua capacitação técnica” (KURCGANT et al., 1994, p. 252). Certamente este ainda é um desafio da educação!

Uma contribuição importante para este arcabouço teórico que foi sendo construído pela OPAS é a reflexão de Rovere (1993) sobre a gestão da educação permanente. O autor pontua que embora seja múltiplo o conceito de EP, a Organização sintetizou sua significação em: “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo” (ROVERE, 1993, p. 495); destaca ainda que a EP é uma atividade de natureza cultural que atuaria principalmente como uma *contracultura* opondo-se às rígidas estruturas das instituições de saúde contribuindo juntamente com um planejamento estratégico para a democratização do poder e do saber nesses espaços.

Entendendo a instituição de saúde como espaço social, reconhecendo a importância da gestão na qualidade dos serviços de saúde e valorizando o trabalho em equipe, a OPAS foi construindo uma ideia de que a educação dos recursos humanos nos serviços de saúde seria uma ferramenta estratégica para superar um contexto econômico e político que restringia as condições de trabalho nos países da América Latina principalmente nas décadas de 1980 e 1990. Neste cenário, a EP seria um instrumento que poderia desenvolver no profissional a compreensão de sua importância para melhoria do cuidado em saúde.

[...] la apuesta es que es posible transformar el trabajo actual (fragmentado, deshumanizado, conflictivo, alienante por efectos de la lógica tayloriana imperante), por medio de estrategias de educación permanente orientadas a la mejoría de la calidad [...] El proyecto de educación permanente para el mejoramiento de la calidad del trabajo es un proyecto institucional, lo que supone cambios en la cultura institucional y el estilo de gestión, pero también es en todos los casos un proyecto grupal, de los equipos de salud (QUINTANA et al., 1994, p. 54).

A questão da educação dos recursos humanos também foi tema importante no processo de Reforma Sanitária no Brasil no mesmo período de difusão e implementação das propostas de EP coordenadas pela OPAS. As proposições apresentadas pela 8ª CNS em 1986 e a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH) realizada no mesmo ano, repousam sobre dois princípios básicos: a responsabilidade estatal para com a educação e a gratuidade do ensino em todos os níveis e a integração ensino-serviço no

enfrentamento das demandas epidemiológica-sociais (BRASIL, 1993). A CNRH deixou claro que questões como a capacitação, recrutamento e seleção, plano de cargos e salários e avaliação de desempenho tinham que ser consideradas ao se pensar um novo sistema de saúde. A valorização profissional e a preparação dos recursos humanos teriam que ser temas fundamentais na pauta da reforma (BRASIL, 1993; COSTA, 2006).

Embora a década de 1990 tenha até mesmo sido considerada como “perdida” para os recursos humanos em saúde no país devido ao abandono de planos de carreira profissional, a precarização do trabalho e a pulverização das ações de educação e formação no âmbito do SUS (MACHADO, 2005) observa-se que o tema da qualificação dos trabalhadores pelo menos esteve de certa forma na pauta dos grandes debates.

A análise das CNS nos anos seguintes dá uma ideia das discussões em torno do tema dos RHS (SCHOTT, 2008). Kurcgant et al. (1994) considera que a IX CNS realizada em 1992 teve um papel determinante na questão de RHS.

Está aí clarificada a direção a ser seguida para o ensino e a prática desses profissionais: as propostas assistenciais deverão ser priorizadas de acordo com as necessidades identificadas junto à população; o novo modelo assistencial deve ter base epidemiológica, garantindo à população: acesso universal em todos os níveis da assistência, resolutividade, integralidade da atenção em um sistema de complexidade crescente” (KURCGANT et al., 1994, p. 254).

Na 10ª CNS realizada em 1996 foi proposta a implantação de uma Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde e a reivindicação da elaboração pelo MS de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUS) que regulasse a ação e a relação das esferas de governo com os trabalhadores do SUS e propusesse uma agenda para a implantação da política (BRASIL, 1998). A 3ª versão da NOB-RH/SUS foi aprovada na 11ª CNS do ano 2000.

Em 2002, num *balanço* da Política de Recursos Humanos, o MS considerou na construção dessa política dois sistemas fundamentais sendo um a *gestão do trabalho* e o outro a *formação/preparação para o trabalho* (BRASIL, 2002).

Justamente nesse período destaca-se a criação em 2003 da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) composta pelo Departamento de Gestão da

Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde (DEGERTS).

Entende-se a **Gestão do trabalho no SUS** como: uma “política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 28).

Notas: i) O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

ii) Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

iii) Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (BRASIL, 2009, p. 28).

Neste contexto são atribuições do DEGES:

[...] o responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; [...] cooperação técnica e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com a formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004b, p. 6).

A criação da SGTES e do DEGES alavancou as ações concernente aos recursos humanos no SUS como o DesprecarizaSUS (2003), a PNEPS (2004), o PRÓ-SAÚDE (2005), o ProgeSUS (2006), a UnA-SUS (2008), o PET-Saúde (2010) e outras já descritas no quadro 1.

A concepção de EP adotada na PNEPS é bastante similar à concepção difundida pela OPAS principalmente pela centralidade na transformação das práticas pois também considera como pressuposto básico “a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004b, p.10).

No entanto, segundo Lemos (2010, p. 93)

[...] não houve uma transposição sistemática do ideário da EPS da OPAS para o Brasil. Embora reconheçamos uma filiação da ideia do organismo internacional, percebemos que, no contexto brasileiro, houve novos contornos e desenhos na proposta. Na PNEPS, a EPS é justificada como um resgate da responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde em ordenar a formação de recursos humanos e contribuir para a consolidação da reforma sanitária brasileira. A expectativa do Ministério da Saúde é de instituir relações orgânicas e permanentes, estabelecendo o compromisso dos gestores com a formação e dos formadores com o sistema [...]. Nesse sentido, a PNEPS traz em seu cerne uma ideia de priorizar a educação no próprio SUS, o que, historicamente, estava em segundo plano e acontecia de forma fragmentada e pulverizada.

De fato se percebe um esforço para que o SUS assuma a responsabilidade que lhe foi atribuída na formação em saúde e a institucionalização da EP nos serviços através da PNEPS tende a ser um dos passos nessa direção. Mas na comparação da EP brasileira com a da OPAS chama mais atenção as suas semelhanças com destaque para a perspectiva de ser uma ferramenta que objetiva a mudança nas práticas dos profissionais para melhorar a qualidade dos serviços num contexto de grandes dificuldades econômicas advindas de conjunturas econômicas e políticas externas às instituições de saúde. E é neste sentido que se constrói a crítica de Durão (2006) ao discorrer sobre “direcionamentos” e “controvérsias” da EPS:

A educação permanente, embora destaque a necessidade de se aprimorar o saber técnico-científico dos profissionais, busca, fundamentalmente, restituir o elo perdido entre o caráter ontológico que constitui o trabalho e a forma que este se apresenta atualmente, ou seja, deseja restaurar nos locais de trabalho a autonomia, o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade etc. [...] Os limites para o enfrentamento dessas questões, não podem ficar circunscritos à prática, tem que se ir a fundo nas causas que vem tornando a situação cada dia mais precária e,

portanto, complexa” (DURÃO, 2006, p.126); [...] este tipo de ação pode mobilizar trabalhadores e usuários para o enfrentamento dessas questões, mas cabe indagar até quando essas se sustentam, sem uma mudança efetiva nas condições de trabalho que as geram. Por um certo tempo, podem motivar o trabalhador para uma mudança, mas se não houver medidas concretas no trabalho este tipo de política pode cair em descrédito (DURÃO, 2006, p.128).

A influência de organismos internacionais principalmente da OPAS e OMS na agenda local da saúde chega a configurar-se em cooperação técnica e já tem sido tema de vários estudos como de Lima (2002), Pires-Alves e Paiva (2006), Cueto (2007), Pires-Alves et al., (2008) e de Castro (2008).

Ramos (2010, p.65) considera que a “ideia de educação permanente difundida pela OPAS/OMS é tributária de propósitos transformadores próprios ao setor saúde” e que no Brasil também ganha contornos de centralidade para concretização da reforma sanitária que seria dependente “de sujeitos sociais capazes de efetivar as mudanças propostas”.

Não obstante tais dilemas, reconhecemos também que a adoção da EP na área da saúde rivalizou com a educação existente até então, educação continuada, considerada insuficiente para a transformação das práticas em saúde. Diante dessa dualidade interessou-nos investigar o uso dos termos, educação permanente e educação continuada, nas publicações científicas na tentativa de compreender as divergências e se é consensual que sejam concepções distintas.

Entendemos que se a EP fosse tomada no amplo sentido que lhe foi dado em sua gênese (*educação, sempre, para todos, por tudo*) (BARBOSA, 1971) não se excluiria da EPS qualquer ação (seja atualização, cursos, congressos, discussões, leituras, oficinas, pesquisas, seminários, e outras) que contribuísse para a cultura integral dos trabalhadores da saúde.

2.3. A SAÚDE INDECISA? A dualidade educação permanente versus educação continuada.

A proposta de uma educação permanente (EP) coexiste na área da saúde com a concepção de educação continuada (EC) sendo às vezes tidos como sinônimos mas muitas vezes como conceitos distintos. Optar por um deles ou tratá-los como iguais requer uma discussão que busque compreendê-los resgatando tanto elementos de sua gênese quanto suas aplicações na saúde, e identificar as justificativas empregadas quando uma diferenciação é estabelecida. Nesse trabalho, não partimos de um pressuposto de que existem diferenças entre os conceitos mas buscamos identificar como os termos são tratados na literatura pesquisada.

Esta reflexão tem como subsídio uma revisão de literatura que teve como objetivo geral mapear o uso dos termos educação continuada (EC) e/ou educação permanente (EP) na área da saúde em publicações científicas. Procurou-se identificar as concepções de EC e EP que se fazem presentes nos artigos, quem são os sujeitos e quais as áreas da saúde estes estudos contemplam, as palavras-chave das publicações, as metodologias utilizadas além de informações sobre autoria e financiamento das pesquisas.

2.3.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: aspectos metodológicos

Esta revisão foi realizada no mês de abril de 2011 na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) sendo consideradas todas as publicações do tipo artigo disponíveis tanto como texto completo quanto apenas em resumo.

As ferramentas de busca e estratificação adotadas pela base de dados LILACS foram empregadas no sentido de delimitar o universo pesquisado. Os termos de busca (*assuntos*) pesquisados foram educação continuada e educação permanente separadamente. O uso do termo se deu para a opção *todos os índices* e a ordem de resultado por *ano decrescente*. Posteriormente foram listados apenas aqueles compreendidos no *assunto principal* educação continuada tanto quando se pesquisou por educação continuada quanto

na busca por educação permanente. Em seguida foram selecionadas apenas as publicações do tipo *artigo*. A estratificação realizada para esta revisão está detalhada no quadro 3 a seguir. Os dados foram lançados no programa *Excel* para tabulação e análises.

Quadro 3. Revisão bibliográfica na base de dados LILACS: estratificação a partir dos termos de busca *educação continuada, educação permanente*, abril de 2011.

BASE DE DADOS LILACS	TERMO DE BUSCA	
	EDUCAÇÃO PERMANENTE*	EDUCAÇÃO CONTINUADA**
Total de publicações	624	1723
Assunto principal: educação continuada	129	445
Artigos	33	199

Fonte: elaboração própria

*Busca realizada na primeira quinzena do mês. Posteriormente houve acréscimo no número de publicações disponibilizadas.

** Busca realizada na segunda quinzena do mês. Posteriormente houve acréscimo no número de publicações disponibilizadas.

A partir desta seleção a amostra compreenderia 232 artigos (33 + 199) que foram acessados na tentativa de visualização do resumo e/ou do texto completo. No entanto, em alguns casos, tanto o texto completo quanto o resumo estavam indisponíveis diminuindo assim o número total de artigos que poderiam ser analisados.

Outro fator que levou à redução da amostra foi a constatação, após consulta do resumo ou do texto completo, de que determinado artigo não tratava de questões ligadas à área da saúde sendo neste caso também excluído. Desta forma foram analisados 78 resumos e 65 textos completos perfazendo assim um total de 143 artigos. A seleção e composição final da amostra está detalhada no quadro 4 a seguir.

Quadro 4. Revisão bibliográfica na base de dados LILACS com os termos de busca *educação continuada*, *educação permanente*: composição final da amostra após estratificação e seleção dos artigos que tinham como *assunto principal* a educação continuada, abril de 2011.

SELEÇÃO	TERMO DE BUSCA		TOTAL
	EDUCAÇÃO PERMANENTE	EDUCAÇÃO CONTINUADA	
Artigos	33	199	232
Excluídos	5	84	89
Resumos analisados	11	67	78
Textos completos analisados	17	48	65
Total analisado (amostra final)	28	115	143

Fonte: elaboração própria

É importante ressaltar que houve repetição de resultados que são aqueles que apareceram tanto na *busca* por educação permanente quanto por educação continuada. Entre os resumos houve 11 repetições e entre os textos completos 11 ocorrências. Para as análises todos serão considerados pois constam de resultados de termos de busca diferentes. Não houve ocorrência de duplicação para um mesmo *termo de busca*, neste caso haveria sim eliminação de um deles.

Em toda amostra (78 resumos + 65 textos completos) foram considerados os seguintes elementos para análises: periódico, ano da publicação, título, palavras-chave, gênero (pesquisa, revisão bibliográfica, relato de experiências, reflexão teórico-metodológica, pesquisa-ação), tema principal, área da saúde a que mais se relaciona, natureza (pesquisa qualitativa e/ou quantitativa) e a concepção de educação continuada e/ou educação permanente presentes.

A análise dos textos completos permitiu a inclusão de mais categorias dada a maior disponibilidade de informações. Neste caso foram analisados também: a instituição de origem dos autores, os sujeitos da pesquisa ou aqueles que foram objeto de reflexão, a metodologia e instrumentos utilizados, existência de apoio financeiro e referências bibliográficas.

Devido à diferença na disponibilidade das informações houve a opção por apresentar a maioria dos dados distinguindo entre os resumos e os textos completos e não pelos *termos de busca* educação continuada, educação permanente.

2.3.2. Resultados

A) Periódicos e ano de publicação

O ano de publicação dos artigos variou de 2010 a 1985 no caso dos resumos e de 2010 a 1992 para textos completos disponibilizados. Um período maior para os resumos pode ser justificado pelo fato de ser mais recente a indexação de algumas revistas em bases de dados que disponibilizam os textos completos e desta forma publicações mais antigas tem apenas o resumo para consulta.

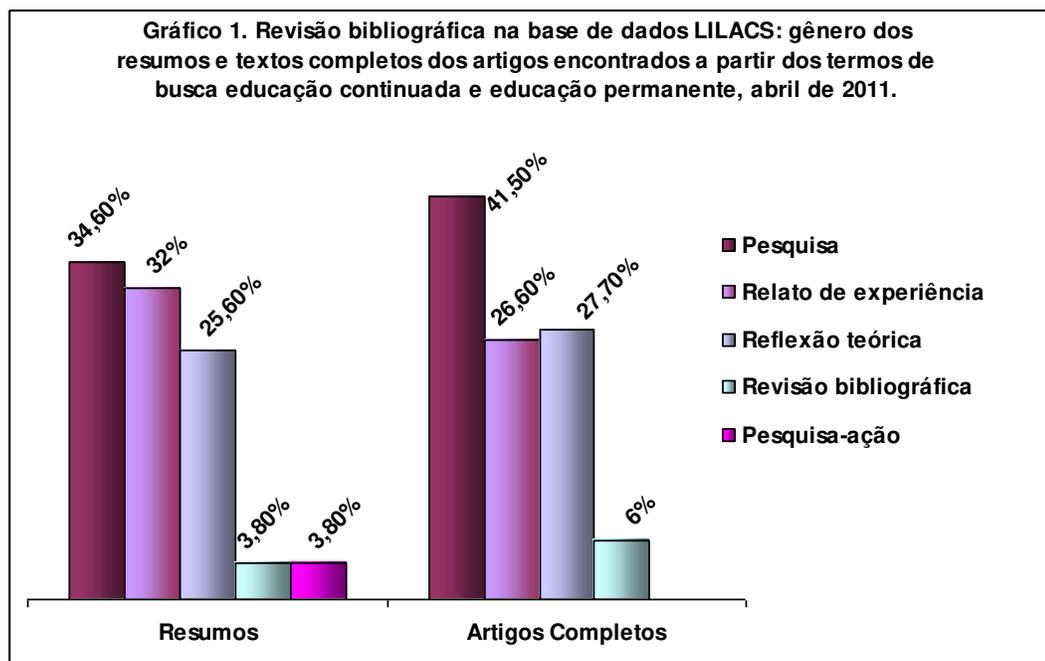
As revistas e o número de ocorrências foram variáveis de acordo com o *termo de busca* utilizado sendo que a mais frequente foi **Educación médica y salud**. Na busca por educação permanente, dentre os 19 periódicos, aqueles mais frequentes foram: **Educación médica y salud** (4), **Interface: comunicação, saúde, educação** (4) e **Divulgação em saúde para debate** (3). No uso do termo educação continuada destacam-se entre as 72 revistas: **Educación médica y salud** (7), **Interface: comunicação, saúde, educação** (6), **Texto & Contexto Enfermagem** (5), **Divulgação em saúde para debate** (4), **Motriz: revista de educação física** (4), **Cadernos de Saúde Pública** (4), **O mundo da Saúde** (4), **Ciência & Saúde Coletiva** (3).

B) Gênero e natureza

Dentre os 78 resumos analisados, 27 (34,6%) eram pesquisas, 25 (32%) consistiam em relatos de experiências, 20 (25,6%) compreendiam reflexões-teóricas, 3 (3,8%) tratavam-se de pesquisa-ação e 3 eram revisões bibliográficas (3,8%). Os 65 textos completos apresentaram a seguinte distribuição: 27 (41,5%) pesquisas, 18 (27,7%) reflexões-teóricas, 16 (26,6%) relatos de experiências e 4 (6%) revisões. Os dados estão apresentados no gráfico 1.

A análise a partir do *termo* educação permanente (28) apresentou configuração mais uniforme: 9 pesquisas, 9 relatos de experiência, 8 reflexões-teóricas e apenas 2 revisões.

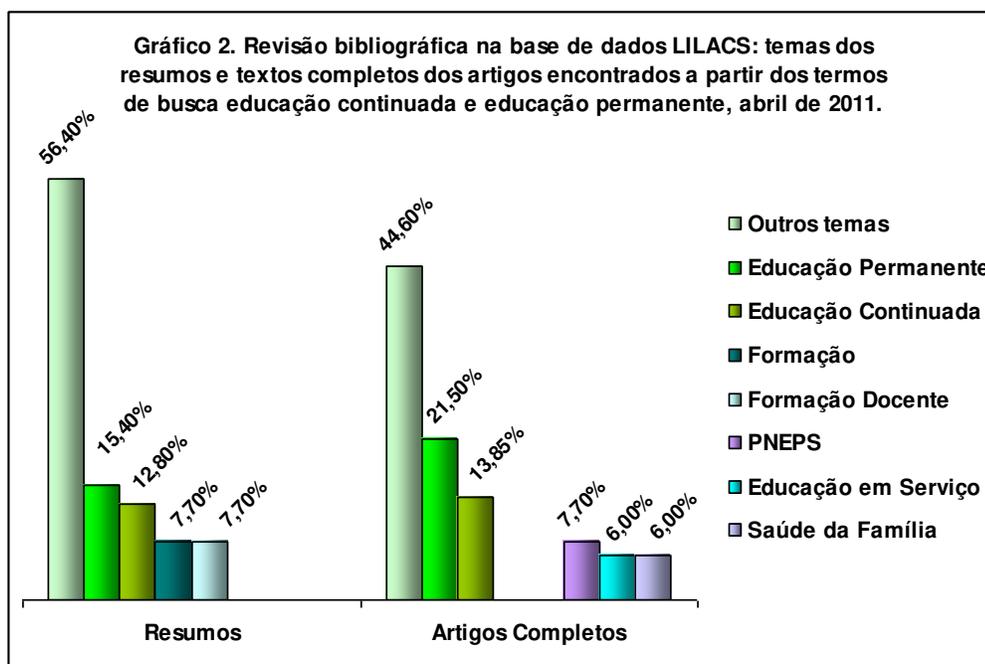
Para educação continuada (115) houve maior diversificação: 45 (39%) pesquisas, 32 (27,8%) relatos de experiências, 30 (26,0%) reflexões-teóricas, 5 (4,3%) revisões e 4 (3,5%) pesquisas-ação. Nota-se que em geral o gênero pesquisa foi o mais frequente seguido de relato de experiência e reflexão-teórica.



Quanto à natureza das pesquisas e/ou estudos, identificou-se que a maioria dos resumos (89,7%) e também dos textos completos (87,7%) era qualitativa.

C) Temas e áreas da saúde

Os resumos apresentaram 36 temas diferentes com destaque para educação permanente em saúde (12), educação continuada (10), formação (6) e formação docente (6). Os textos completos versaram sobre 25 temas principalmente educação permanente em saúde (14), educação continuada (9), PNEPS (5), educação em serviço (4) e Saúde da Família (4). Os dados estão apresentados em porcentagens no gráfico 2.

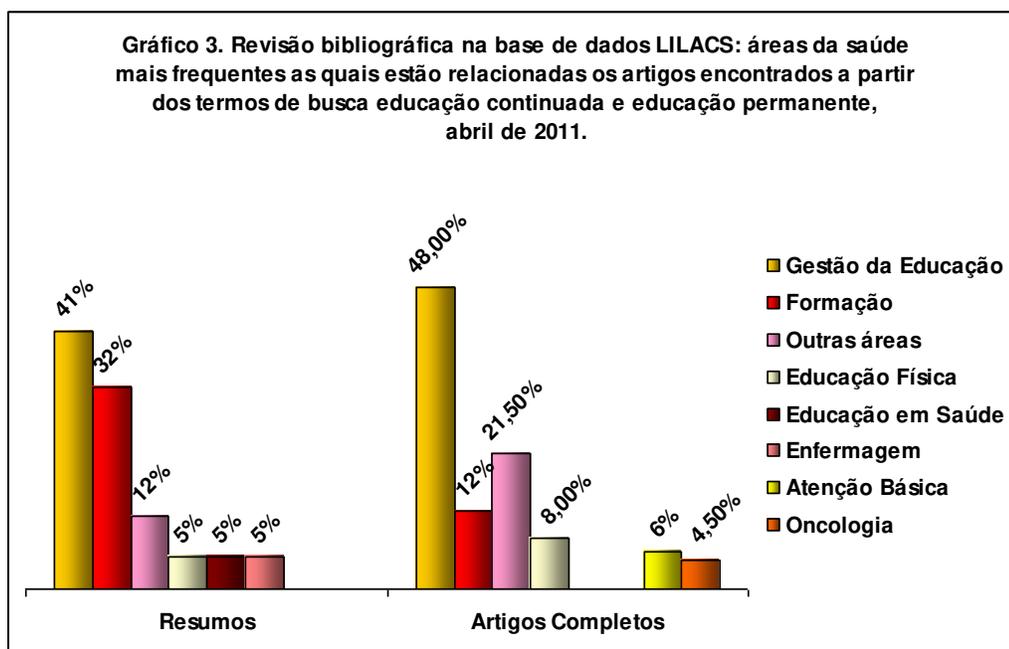


Entre os outros temas encontrados nos resumos estão atendimento a trauma, higienização, infecção hospitalar, medicina baseada em evidências, pós-graduação e PNEPS todos com 2 ocorrências.

Nos textos completos, os seguintes temas apresentaram duas ocorrências: competência profissional, dança, qualidade de vida no trabalho e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Quanto à área da saúde a que o artigo mais se relacionava houve prevalência da gestão da educação seguida pela formação, tanto para os resumos (total de 12 áreas) quanto para os textos completos (total de 14 áreas). As principais áreas identificadas estão apresentadas no gráfico 3. Entre as demais estão compreendidas:

- ✓ nos resumos: emergência, cirurgia, homeopatia, medicina, nutrição, oncologia, pediatria;
- ✓ nos textos completos: atenção ao especial, docência, promoção da saúde e prevenção de doenças, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do trabalhador, saúde mental, urgência.



D) Palavras-chave

Dentre as 305 palavras-chaves dos 78 resumos destacam-se: educação continuada (68), humanos (30), recursos humanos (12), educação em saúde (9). É importante ressaltar que *educação permanente* não consta entre as demais palavras-chave dos resumos analisados.

Na base de dados pesquisada, os resumos apresentam *assuntos* e não *palavras-chave* ou *termos de busca*, desta forma em muitos casos havia vários assuntos listados por resumo e nesta revisão adotou-se como critério considerar apenas as 5 primeiras ocorrências mesmo quando opções mais relacionadas ao texto não se encontravam entre as iniciais. Desta forma também destacam-se entre as palavras-chaves as expressões: humanos (30), feminino (10), masculino (10). Essa questão metodológica na base de dados não significa que é feita uma diferenciação do gênero humano de que trata o artigo pois as expressões “feminino” e “masculino” sempre apareceram em conjunto.

Dentre os 65 textos completos, 15 não apresentavam palavras-chave e desta forma não fazem parte desta amostra (de 50 no total). Dentre as 229 palavras-chave destacam-se: educação continuada (40), educação em saúde (12), educação permanente em saúde (8), recursos humanos (8), educação (6).

Identificando-se as palavras-chave mais frequentes a partir dos *termos de busca* educação continuada e educação permanente tem-se os seguintes destaques:

- ✓ Termo de busca Educação Permanente (98): educação continuada (24), educação em saúde (6), recursos humanos (6), educação permanente em saúde (4).
- ✓ Termo de busca Educação Continuada (436): educação continuada (84), educação em saúde (13), educação (5), educação permanente em saúde (4).

Pode-se observar que a palavra-chave mais utilizada em todos os casos é educação continuada sendo que educação permanente tem uma frequência bastante inferior sendo até ausente no caso dos resumos.

E) Instituição de origem e financiamento

Os textos completos apresentaram 55 instituições de origem de seus autores sendo as mais frequentes:

- ✓ Universidade de São Paulo -USP (8);
- ✓ Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (7);
- ✓ Universidade Estadual de Londrina - UEL (5);
- ✓ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS (5);
- ✓ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (4);
- ✓ Universidade Estadual de São Paulo – UNIFESP (4).

As seguintes instituições constaram em 3 artigos cada: Faculdade Integrada de Campo Mourão, Fiocruz, Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

Nota-se que todas essas instituições de maior ocorrência são brasileiras, oriundas das regiões sudeste e sul do país, sendo principalmente universidades públicas estaduais e federais. Demais países identificados foram Costa Rica, Cuba, México, Peru, Portugal e Venezuela com predomínio de artigos cubanos.

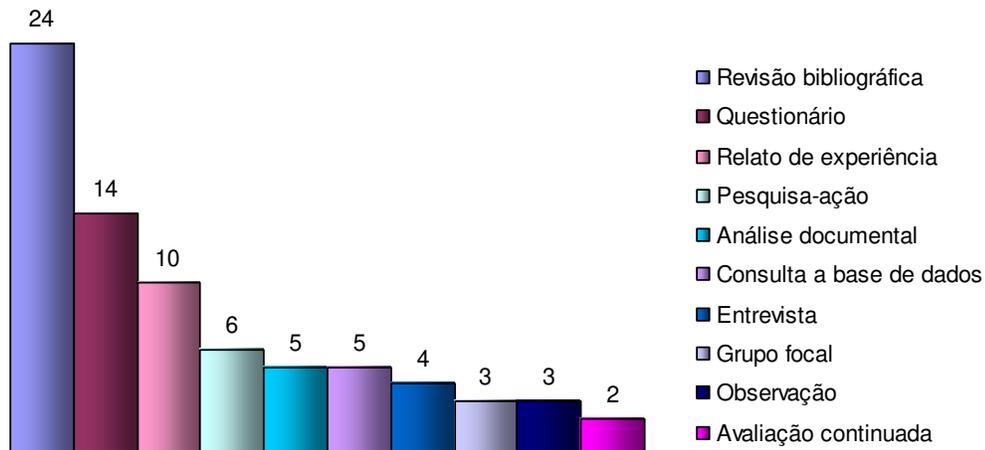
Quanto ao financiamento, foi encontrado registro de apoio financeiro em apenas 16 (24,6%) dentre os 65 textos completos.

F) Metodologia e sujeitos

Dentre os aspectos metodológicos dos textos completos foram identificados 10 instrumentos utilizados na realização da pesquisa e/ou estudo tanto para o levantamento de dados quanto para as análises principalmente a revisão bibliográfica e questionários. A frequência dos instrumentos utilizados está detalhada no gráfico 4 adiante.

Quanto aos sujeitos das pesquisas ou aqueles que foram objeto de reflexão teórica o universo foi bastante diversificado mas grande parte é de trabalhadores da saúde: trabalhadores da saúde em geral (15), profissionais da saúde em geral (13), profissionais do PSF (5), enfermeiros (4), médicos (4), profissionais de UBS (2), fonoaudiólogo (1), psiquiatra (1), psicólogo (1). Ainda na área da saúde, mas também do ensino, foram identificados graduandos (5) e alunos de curso de especialização (3). Foi expressiva a presença de docentes tanto da área da saúde como da educação em geral (11) bem como de gestores (10). Outros sujeitos e objetos também foram identificados: adultos, autores de trabalhos científicos, controle social, facilitadores de educação permanente, internet, núcleo de educação continuada, núcleo de educação permanente em urgências, pessoal técnico, população, trabalhadores em geral, treinadores de futebol e tutores de educação permanente.

Gráfico 4. Revisão bibliográfica na base de dados LILACS: instrumentos metodológicos identificados nos artigos encontrados a partir dos termos de busca educação continuada e educação permanente, abril de 2011.



G) Concepções de Educação Continuada e Educação Permanente

Procurou-se reconhecer tanto nos resumos quanto nos textos completos que concepções de educação continuada (EC) e de educação permanente (EP) foram consideradas pelos autores ou como esses conceitos podiam ser compreendidos a partir da leitura dos textos.

Em alguns casos houve alguma distinção dos termos EC e EP pelos autores, em outros eles foram utilizados como sinônimos sem ressalva de sentidos, e noutros houve o emprego de apenas um dos termos sendo prevalente o uso da expressão educação continuada.

As concepções identificadas serão apresentadas por resumo e texto completo (Gráfico 5). A análise a partir dos *termos de busca* educação continuada e educação permanente está descrita no Anexo I.

Nos resumos foram identificadas 17 abordagens diferentes para as expressões EC e EP sendo as mais freqüentes: **EC** como capacitação (27), como formação (20), como atualização (8) e **EP** como aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (12). Foi possível considerar que não houve diferenciação entre os termos em seis dos casos sendo a distinção observada duas vezes.

Outras concepções para educação continuada foram: aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (2), treinamento (2), aperfeiçoamento (1), desenvolvimento (1) e reciclagem (1).

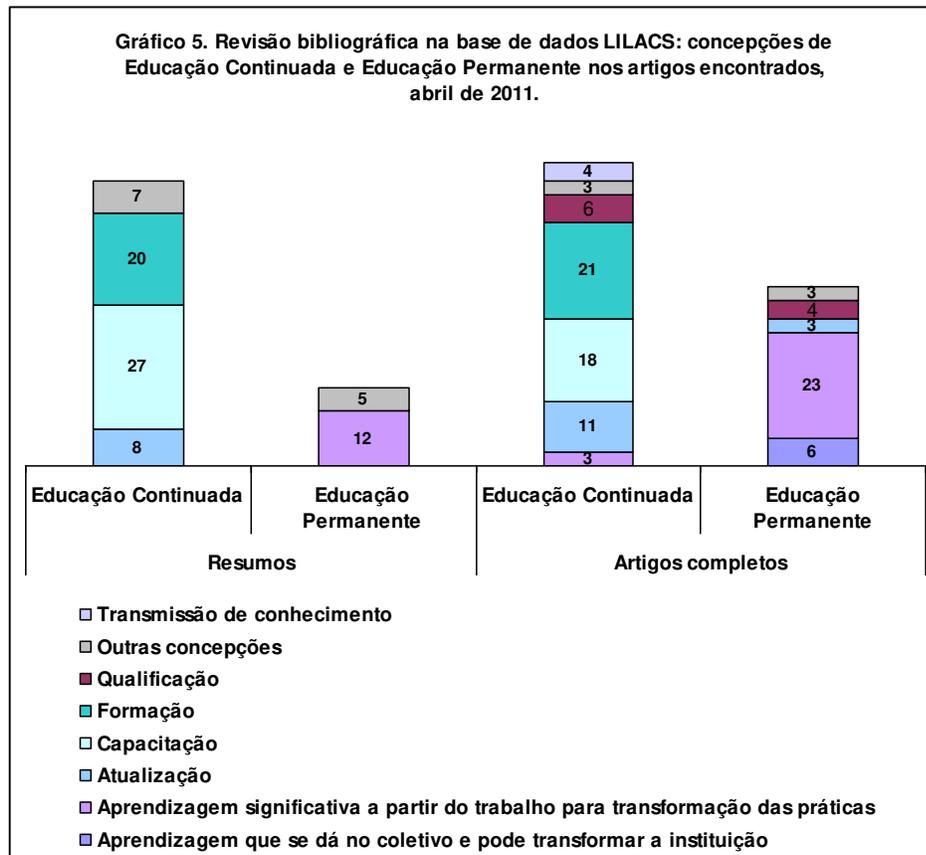
Outras concepções para educação permanente foram: aprendizagem que se dá no coletivo e pode transformar a instituição (2), formação permanente (2) e atualização (1).

A educação ainda foi considerada como contínua (7), como ato individual (1) ou como ato pessoal (1).

Também nos textos completos foram identificadas 17 abordagens para as expressões EC e EP sendo as mais freqüentes: **EC** como formação (21), como capacitação (18), como atualização (11), como qualificação (6), como transmissão de conhecimento (4), como aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (3) e **EP** como aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (23), aprendizagem que se dá no coletivo e pode transformar a instituição (6), como qualificação (4) e como atualização (3). Houve diferenciação dos termos em 8 casos e em 9 não houve distinção. Em duas ocorrências ora os termos eram considerados iguais ora distintos.

Outras concepções para educação continuada foram: aperfeiçoamento contínuo (1), aprendizagem ao longo da vida (1) e aprendizagem ativa (1).

Outras concepções para educação permanente foram: treinamento (2) e formação (1).



H) Referências bibliográficas

Foi também interesse nesta revisão identificar as principais referências bibliográficas utilizadas pelos autores dos textos completos que tinham como tema central a educação permanente em saúde (14), a educação continuada (9), a PNEPS (5) e a educação em serviço³⁹ (4) totalizando assim um universo de 32 artigos. No caso dos 11 artigos completos que se repetiram entre os resultados, conforme especificado na metodologia

³⁹ De acordo com Peres e Bagnato (1998) não há consenso entre os autores sobre a educação em serviço pois para alguns ela seria parte de uma educação continuada que objetiva a formação integral do sujeito e para outros seria aquela prática educativa realizada no local de trabalho que visa atender objetivos da instituição. Se considerarmos o conceito de EPS adotado pelo MS como sendo uma aprendizagem significativa a partir de recortes da realidade em que o trabalhador é sujeito de transformação das práticas em saúde (BRASIL, 2004c) podemos considerar que a educação em serviço seria elementar na EPS pois é uma prática que se realiza a partir do trabalho atendendo tanto a perspectiva de formação do sujeito quanto aos objetivos da instituição.

desta revisão, o segundo artigo foi excluído levando à redução na amostra final. Dentre os demais artigos um também foi excluído por não apresentar referência bibliográfica resultando num total de 20 artigos analisados. A partir desses textos foram selecionadas 205 referências.

Considerando duas ou mais ocorrências, os autores (24) (na condição de único ou primeiro autor da referência) estão listados a seguir em ordem decrescente de frequência:

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE (28);

CECCIM R.B. (13);

FREIRE P. (12);

MERHY E.E. (7);

HADDAD J. (6);

ROSCHKE M.A. (5);

CAMPOS G.W.S. (3);

DAVINI M.C. (3);

L'ABBATE S. (3);

PAIM J.S. (3);

ALMEIDA M.J. (2);

BELLONI M.L. (2);

BEZERRA A.L.Q. (2);

CAMPOS F.E. (2);

FARAH B.F. (2);

FEUERWERKER L. (2);

GONÇALVES R.B.M. (2);

MORIN E. (2);

OGUISSO T. (2);

OPAS (2);

PEDUZZI M. (2);

RÉGNIER K.D. (2);

ROVERE M.R. (2);

VALLA V. (2).

Alguns autores tiveram uma frequência maior se considerarmos a condição de co-autor. Neste caso destacam-se os autores: FEUERWERKER L. (co-autoria de outras 6 ocorrências); DAVINI M.C. (co-autoria de outras 4 ocorrências); ROSCHKE M.A. (co-autoria de outras 4 ocorrências); CECCIM R. B. (co-autoria de outras 3 ocorrências) e HADDAD J. (co-autoria de outras 2 ocorrências).

É importante ressaltar que as referências estão sendo consideradas como ocorrências pois quando há repetição de uma referência considera-se como nova ocorrência.

O quadro 5 a seguir apresenta a frequência das referências dos autores mais citados (ou seja, quantas ocorrências a referência apresentou).

Quadro 5. Revisão bibliográfica na base de dados LILACS: autores e referências mais citadas entre os artigos analisados.

AUTORES	REFERÊNCIAS*	FREQUÊNCIA
ALMEIDA M.J.	Almeida MJ. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. Olho Mágico 1997; 5(14): 41-7.	1
	ALMEIDA, M. J. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.	1
BELLONI M.L.	Belloni ML. Educação à distância. Campinas (SP): Autores Associados; 1999.	1
	Belloni ML. O que é mídia-educação. Campinas (SP): Autores Associados; 2001.	1
BEZERRA A.L.Q.	Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. Mundo Saúde 2000;24(5):352-6.	1
	Bezerra ALQ. Treinamento do enfermeiro recém-admitido: viso do treinador e do treinando. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1995.	1
BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE	Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.	4
	Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1996/GM/MS, 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. Brasília: MS, 2007.	3
	Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde. Resolução MS/CNS nº 335 de 27 novembro 2003.	1
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos da Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.	6
	Ministério da Saúde (BR). A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.	2
	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de facilitadores de	2

Continua...

	educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado. Brasília: SGTES, 2005.	
	Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de: unidade de aprendizagem – análise do contexto de gestão e das práticas de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.	1
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação pra o curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.	1
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Educar- SUS Notas sobre o Desempenho da Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.	1
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Conversando sobre os pólos de educação permanente em saúde. Olho Mágico 2005; 12(1):9-14.	1
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. A educação continuada de enfermeiros do SUS. Brasília: Centro de Documentação; 1990.	1
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação permanente. Brasília, DF; 2000. (Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 3).	1
	MINISTÉRIO DA SAÚDE & FIOCRUZ / ENSP /CONCURD, 1990. Projeto de Educação Continuada. Reunião com equipe precursora -1a 2.10.90. Súmula, 13p. (Mimeo)	1
	Ministério da Saúde (BR). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 100-13.	1
	Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.	1
	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006.	1
CAMPOS F.E.	Campos FE, Pierantoni CR, Viana ALD, Faria RMB, Haddad AE. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cad RH Saúde. 2006 Mar; 3(1); 39-51.	1
	CAMPOS, F.E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cad. RH Saude, v.3, n.1, p.41-51, 2006.	1
CAMPOS G.W.S.	Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 1999 janeiro março; 15(1):187-94.	1
	Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.	1
	CAMPOS, G. W. S., 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Inventando a Mudança na Saúde (L. O. Cecílio, org.), pp. 29-87, São Paulo: Editora Hucitec.	1
CECCIM R.B.	Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004 Jun; 14(1).	3
	Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) 2005; 9(16):161-177.	5
	CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. Divulg. Saúde Debate, n.23, p.30-56, dez. 2001.	1
	CECCIM, R.B. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde. Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p.161-80.	1

	CECCIM, R.B. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação para o curso. Rio de Janeiro: MS / Fiocruz, 2005c. p.11-2.	1
	CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Cienc. Saude Colet., v.10, n.4, p.975-86, 2005.	2
DAVINI M.C.	Davini MC, Pineda EB, Roschke MA, Sigaud MA. Investigación educacional y los conflictos de su desarrollo. en: Investigación en Apoyo a Procesos Educativos permanentes, OPS, Fascículo IX, 1990.	1
	Davini MC, Roschke MAC. Conocimiento significativo: el diseno de un proyecto de educación permanente en salud. In: Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 127-42. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.100).	1
	DAVINI, M.C.; NERVI, L.; ROSCHKE M.A. Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Ecuador: OPS/OMS, 2002. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 3).	1
FARAH B.F.	Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? Rev APS. NATES/UFJF. 2003; 6(2):123 -125.	1
	FARAH, B.F. Educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.	1
FEUERWERKER L.	Feuerwerker L. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. Olho Mágico 2005; 12(3):13-20.	1
	FEUERWERKER, L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Abem, 2002.	1
FREIRE P.	Freire P, Betto F. Essa escola chamada vida - depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho. São Paulo: Ática; 1986.	1
	Freire P. Educação como prática da liberdade. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.	2
	Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.	3
	FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2006.	3
	Freire P. Pedagogia do oprimido. 35ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.	2
	FREIRE, P. Pedagogy of the city. New York: Continuum, 1995.	1
GONÇALVES R.B.M.	GONÇALVES, R. B. M., 1992. Práticas de Saúde: Processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR, Textos. São Paulo: CEFOR.	1
	GONÇALVES, R. B. M., 1994. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual dos Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.	1
HADDAD J.	Haddad J, Clasen R, Dovini MA. "Educación Permanente del Personal de Salud". Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 1994; 160: 41-45.	2
	Haddad J, Pineda EP. Educación permanente de personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud. Serie de Publicaciones Científico-Técnicas OPS, n. 17, 284. p.1997.	1
	Haddad J, Roschke MA, Davini MC (org). Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.	2
	HADDAD, J.; MOJICA, M. J.& CHANG, M., 1987. Organização Pan-	1

	americana da Saúde. Processo de educación permanente en Salud. Educación Médica y Salud, 21: 11-29.	
L'ABBATE S.	L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.267-92.	1
	L'ABBATE, S., 1994. Educação em Saúde: Uma nova abordagem. Cadernos de Saúde Pública, 10:481-490.	1
	L'ABBATE, S., 1995. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva. In: Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva A. M. Canesqui, org.), pp. 151-161. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.	1
MERHY E.E.	Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim, RB. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud colect 2006; 2(2):147-160.	3
	Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-150	2
	MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.	1
	MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface Comunic., Saude, Educ., v.9, n.16, p.172-4, 2005.	1
MORIN E.	Morin E. Os sete saberes necessários a educação do futuro. Brasília: UNESCO; 2000. 118 p.	2
OGUISSO T.	Oguisso T. A educação contínua como fator de mudanças: visão mundial. Rev Tec Enf Nursing. 2000; 20(1): 22-29.	2
OPAS	Organización Panamericana de la Salud "Recursos Humanos y Sistemas Locales de Salud. Serie de Desarrollo de Humanos Humanos. Washington D.C. 1994; 99: 10-12.	1
	Organización Panamericana de la Salud."Investigación sobre Personal de Salud" Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C. 1985; 36: 60-65.	1
PAIM J.S.	PAIM, J. S. & NUNES, T. C. M., 1992. Contribuições para um programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. Cadernos de Saúde Pública, 8:262-269.	1
	PAIM, J. S., 1993. Marco de referência para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. Revista Brasileira de Educação Médica, 17:7-13.	1
	PAIM, J., 1986. A formação de recursos humanos em Saúde Coletiva. In: Saúde, Crise e Reformas, pp. 105-129, Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.	1
PEDUZZI M.	PEDUZZI, M. et al. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. Rev. Saude Publica, v.40. n.5, p.843-50, 2006.	1
	PEDUZZI. (Coord.). Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007b. Disponível em: < http://www.ee.usp.br/observatorio/observatorio/relatorios/re1092.pdf >. Acesso em: 15 out. 2008.	1
RÉGNIER K.D.	Régnier KD. Alguns elementos sobre a racionalidade dos modelos Fordista, Taylorista e Toyotista. B Téc Senac [revista eletrônica] 1997;23(2). [acesso em 20 nov 2006]. Disponível em: < http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/232/boltec232d.htm >	1
	Régnier KD. Educação, trabalho e emprego numa perspectiva global. B Téc Senac [revista eletrônica] 1997;23(1). [acesso em 20 nov 2006]. Disponível em: < http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/231/boltec231a.htm >	1
ROSCHKE M.A.	Roschke M, Havini MC, Haddad S. "Educacion Permanente y Trabajo en Salud. Un proceso en contruccion" Educación Medica y Salud O.P.S. 1993; 27(4):19-20.	2
	Roschke MA. C. Educação permanente – compreensão: alguns conceitos e características essenciais. Olho Mágico 2006; 13(3):32-35.	1
	ROSCHKE, M. A.; BRITO, P. Gestión de proyectos de educación permanente	1

	en los servicios de salud: manual del educador. Washington: OPS, 2002.	
	ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. (Eds.) Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100)	1
ROVERE M.R.	Rovere MR. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 96. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1993.	2
VALLA V.	VALLA, V.; STOTZ, E. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis: Vozes, 1994.	1
	VALLA, V.; STOTZ, E. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.	1

Fonte: elaboração própria

*Foi mantido o padrão original da referência.

2.3.3. Discussão

Nesta revisão bibliográfica na base de dados LILACS, observa-se que a maioria dos artigos analisados tratava-se de pesquisas qualitativas e relatos de experiência que tinham como sujeitos trabalhadores e profissionais da saúde em geral versando principalmente sobre os temas educação permanente em saúde e educação continuada; utilizando a revisão bibliográfica, questionários e relatos de experiência como principais instrumentos metodológicos.

Nota-se ainda que a área prevalente a qual se possam relacionar os textos é a gestão da educação na saúde com predomínio da palavra-chave educação continuada. É importante destacar que a educação permanente embora possa ser um *termo de busca* na base de dados, não faz parte dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) que é um vocabulário estruturado criado para unificação da linguagem na indexação de artigos e outras publicações científicas e é uma metodologia utilizada pela LILACS. Vários periódicos exigem que as palavras-chave de suas publicações estejam compreendidas entre os DeCS. Neste caso o termo que mais se aproxima ou se correlaciona à educação permanente entre aqueles disponíveis é educação continuada definida como – “Programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse. Eles não conduzem a qualquer posição convencional avançada” (BVS, 2012). Há que se refletir portanto a pertinência da inclusão da educação permanente como um descritor se considerado que educação continuada não seja um conceito equivalente.

O fato dos autores serem predominantemente de instituições públicas da Região Sudeste e Sul do país ratifica o domínio destas na realização de pesquisas científicas no Brasil (HAYASHI et al., 2008; SANTOS et al., 2009; VIACAVA, 2010).

Como parte expressiva dos textos completos eram além de pesquisas, também reflexões e relatos de experiência, talvez justifique a maioria não indicar apoio financeiro para sua realização.

Interessa-nos em especial as diferentes concepções de educação nesses artigos. Observou-se tanto a distinção dos termos EC e EP, ou seja, autores que consideraram que os mesmos são diferentes, quanto tratamento indistinto ao serem tratados como iguais. Quando se referem à EC, há maior variedade de significados sendo os mais citados a capacitação, a formação e a atualização. A EP diz respeito essencialmente à aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas. Portanto se nota a existência tanto de diferenciação dos termos quanto o emprego de ambos para um mesmo sentido. Essa falta de consenso sobre os conceitos é observada também por outros autores e em outros trabalhos.

Marin (1995) discutindo sobre a EC de professores considera que termos como reciclagem, treinamento, aperfeiçoamento e capacitação não dão conta de expressar o seu sentido. A autora entende que a EC guarda mais similaridades com a EP e a formação continuada pois todas tomam o conhecimento “como fulcro das novas dinâmicas interacionistas das instituições para a valorização da educação e a superação de seus problemas e dificuldades” (MARIN, 1995, p. 18).

Destro (1995, p. 26), a partir de uma visão histórica da educação continuada, conclui que a educação continuada, permanente, recorrente, contínua e formação continuada são termos usados para designar uma proposta de educação que se opõe ao reducionismo da ideia de treinamento, “decorrente de uma visão de mundo tecnicista, *patológica* com função curativa imediatista e que tem por objetivo uma adaptação da pessoa ou do grupo” e não uma postura crítica diante das situações vividas.

Pereira (1998) considera que os serviços de educação continuada existentes em algumas unidades de saúde, como no caso por ela estudado, deveriam propor uma EC que tivesse seus objetivos voltados para o desenvolvimento integral.

Peres e Bagnato (1998) ao revisarem o tema da EC na bibliografia científica na área da saúde empregam o termo educação contínua e entendem que dentre seus significados ao longo do tempo estão a EC e a EP.

Bagnato (1999) considera a EC em saúde numa concepção mais próxima da noção de EP associando a aprendizagem à constituição do próprio ser e não apenas à qualificação do trabalho.

Assim, a concepção de E.C. utilizada neste trabalho abrangerá uma multiplicidade de ações e atividades (cursos, oficinas, vivências, discussões, encontros, seminários, estudos, etc.) num processo de desenvolvimento e ampliação da competência dos profissionais no exercício de sua profissão, buscando realizar-se mais como pessoa, descobrindo-se como ser inacabado, numa perspectiva crítica e reflexiva, uma verdadeira prática social de educação mobilizadora de várias possibilidades e dos saberes dos profissionais (BAGNATO, 1999, p. 78-79).

Caiado (2002) identifica que embora haja distinção por parte de alguns autores, há semelhanças que permitem tratar os termos EC e EP como iguais a partir de uma concepção *freireana* de educação. Observa-se na revisão bibliográfica realizada pela autora que a EC tem a ver mais com a aquisição pelos profissionais da saúde de novos conhecimentos que façam sentido para melhoria do processo de trabalho.

Farah (2003), discutindo se os conceitos são ou não sinônimos, aponta que a educação continuada é tomada como uma complementação da formação dos profissionais com vistas a auxiliá-los no trabalho junto à realidade social; no entanto a EP seria um processo compartilhado de educação entre trabalhadores e usuários para resolução dos problemas de saúde. A autora reconhece que anterior a ambas as estratégias já se pensava numa educação em serviço para os trabalhadores da saúde.

Ferraz (2005) considera indistintamente os conceitos ao investigar as propostas de educação permanente/continuada no trabalho em Hospitais Universitários Federais de Ensino.

Paschoal et al., (2007) partem de uma diferenciação entre EC, EP e educação em serviço e buscam identificá-las na percepção de profissionais da saúde. As autoras consideram que embora os conceitos sejam distintos, todos têm o caráter de continuidade

da educação e concluem que o grupo estudado reconheceu a existência das diferenças conceituais depois de discutirem melhor as terminologias.

Saupe et al., (2007) entendem que EC e EP são conceitos diferentes e na tentativa de definir descritores que orientem os processos de EP em saúde propuseram que seja considerada como:

direito de cidadania que inclui a produção, incorporação, reelaboração, aplicação e testagem de conhecimentos, habilidades, atitudes e tecnologias, através de um processo multidimensional de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociada entre as partes envolvidas no processo de ensino e aprendizagem, desenvolvida a partir de projetos de curta, média e longa duração, promovendo a valorização da subjetividade, a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada e possível. Os espaços de interação desta educação incluem a vida cotidiana, a educação formal e informal, o preparo para o trabalho, a organização e controle social, a cultura e o lazer (SAUPE *et al.*, 2007, p.449).

Murback (2008) discute os desafios e continuidades da EC em saúde coletiva considerando que EC e EP devem ser usados como sinônimos. Concordando com Ferreira (2003) a autora entende que uma diferenciação resultaria em mais um “divisionismo” do mundo do trabalho e que qualquer “processo de aquisição continuada do conhecimento enfrenta as mesmas dificuldades, obstáculos e desafios” (MURBACK, 2008, p.27).

Gatti (2008) aponta que o uso do termo EC é tão vasto que se equivale a um “guarda-chuva” sob o qual se abrigam inúmeras ações de educação desde cursos de pós-graduação a qualquer outra atividade que melhore o desempenho profissional. A autora considera que a EC é utilizada na área da educação, por exemplo, mais como uma ação para tentar suprir uma formação precária dos profissionais “e não propriamente de atualização e aprofundamento em avanços do conhecimento” (GATTI, 2008, p. 58).

Marandola et al. (2009) considerando o conceito de EP adotado pelo MS identificaram dificuldade de distinção dos termos por parte de autores de trabalhos científicos sobre a temática e entendem que tratá-los como iguais pode acarretar perdas no potencial da EP para transformação das práticas em saúde.

Lemos (2010, p. 94) investiga a concepção de educação da PNEPS e aponta que o MS adotou a concepção de EP como “contraposta” de uma EC que não contribuía para

“repensar as problemáticas do serviço” privilegiando agora um “referencial metodológico centrado na relação educação e trabalho”.

Freitas (2011) percebe que apesar das propostas inovadoras da PNEPS, no caso estudado, a EPS se relaciona ainda mais a atividades de capacitação associadas a uma EC que mudanças das práticas previstas pela EP.

As leituras apontam que na década de 1990 os autores se referiam essencialmente a EC e a problematizavam. Com o movimento no sentido da EPS conduzido pela OPAS, vê-se mais nos anos 2000 uma maior aceitação da distinção permanecendo porém alguns defensores da igualdade entre os termos. O argumento da substituição conceitual adotado inclusive pelo MS está no potencial dado a EP de transformação das práticas no trabalho em saúde. No entanto se observa que persiste a dificuldade entre os profissionais em distinguir EC e EP principalmente na educação que vivenciam em seu cotidiano. Constatase principalmente que independente da clareza dos conceitos parece prevalecer uma educação preocupada mais com o trabalho que com o sujeito, contrariando assim o ideal da EP, ao menos em parte, de uma educação voltada para o sujeito em constante construção de si.

Destaca-se na bibliografia utilizada pelos autores, as obras de Freire, principalmente os livros *Educação e Mudança* e *Pedagogia da Autonomia*, publicados originalmente em 1976 e 1996 respectivamente. Certamente trata-se de um autor chave para se pensar uma educação crítica, dialética e reflexiva do *ser inacabado* em contínua construção. Embora esses pressupostos também sejam identificados na EP e na EPS, vimos anteriormente que o próprio autor era contrário ao conceito de educação permanente.

Outra observação é a indução da dualidade conceitual a partir da definição da OPAS e posteriormente do MS pois se nota na revisão bibliográfica predomínio das referências institucionais que adotam a EP como uma proposta inovadora que pode compreender atividades de EC mas não se limita a esta concepção de educação. Os textos referenciam predominantemente publicações dos anos 1980 e 1990 da OPAS ou de autores ligados a essa instituição principalmente Maria Cristina Davini, Jorge Haddad, Maria Alice Roschke e Mário Rovere. Já as referências dos anos 2000 são essencialmente do MS ou de pessoas a ele ligadas com destaque para Ricardo Burg Ceccim (diretor do DEGES/MS de 01/2003 a

07/2005, período de criação e implantação da PNEPS). Não se trata de invalidar todo conhecimento que esses autores têm a contribuir com o campo da educação em saúde pelo contrário, certamente é este acúmulo que os tem levado a cargos tão importantes na gestão nacional e internacional do trabalho e da educação na saúde. O que levantamos aqui é que a delimitação do tema a um círculo de autores pode tender a um reducionismo do debate e a uma reprodução de discursos diminuindo as possibilidades de serem traçados outros olhares, e de surgirem novas perspectivas.

Nota-se ainda que mesmos nos textos mais citados⁴⁰ desses autores não se observa referência aos ‘clássicos’ da EP como, por exemplo, Lengrand, Schwartz, Deleón, Parkyn ou Furter. Uma das referências mais citadas nos textos da saúde sobre a EPS, tanto naqueles que constam nesta revisão como na literatura em geral, é organizada justamente por Haddad, Roschke e Davini e publicada pela OPAS em 1994 – *Educacion Permanente de Personal de Salud* - e não apresenta em toda sua bibliografia nenhuma publicação da UNESCO. Não se observa portanto a influência da UNESCO na EPS, ao menos ela não se confirma a partir das referências bibliográficas. Evidentemente que uma busca pormenorizada nas publicações citadas pelos autores nessas obras (sendo que a maioria também é da própria OPAS) pode sim encontrar alguma referência a UNESCO.

2.3.4. Conclusão

Esta revisão bibliográfica na base de dados LILACS permitiu confirmar que existe de fato uma distinção entre os termos educação continuada e educação permanente na literatura da área da saúde embora ela não seja consensual. As diferenças estão balizadas principalmente na compreensão de que a EC seja uma prática voltada para capacitação e atualização dos profissionais da saúde enquanto a EP seria uma estratégia que privilegia a reflexão sobre o trabalho podendo assim provocar mudanças nas práticas. No entanto estudos apontam que a EP e a EC muitas vezes se confundem no cotidiano tanto na perspectiva dos profissionais quanto das experiências realmente implementadas de educação. Essa nebulosidade conceitual é facilmente evidenciada, por exemplo: se um

⁴⁰ Descritos no Quadro 5.

curso de atualização utiliza como metodologia a reflexão da prática do trabalhador, a problematização de sua realidade seria então uma EC ou EP? Ou seria então uma EC melhorada? Neste sentido é que concordamos com aqueles autores que consideram esta distinção inapropriada.

Entendemos que o esforço que se faz em mostrar que a EP seria uma estratégia melhor que a EC deveria ser direcionado para convergir todos as ações de educação dos recursos humanos em saúde como integrantes indistintamente da EPS privilegiando a crítica sobre as práticas mas também o desenvolvimento integral de cada um dos sujeitos.

2.4. INFERÊNCIAS: de um ideal a um modelo para saúde

Esta revisão de literatura nos permitiu compreender que o ideal da educação permanente foi adotado pela saúde como modelo para a educação de seus trabalhadores embora tenha como baliza a transformação das práticas e não a educação *por toda a vida*.

As considerações alcançadas com este debate não se esgotam mas podem até mesmo serem indutoras de novas investigações:

- ✓ A EP não se concretizou enquanto um ideal de reestruturação dos sistemas educacionais a partir de uma educação que acompanhasse o ciclo de vida do ser humano;
- ✓ A EP tem se configurado como uma proposta de educação ideal para os recursos humanos da saúde ainda que essa apropriação implique distorções que são comuns ao próprio conceito de EP desde sua emergência;
- ✓ Embora a UNESCO tenha conduzido a difusão da EP não se pode afirmar sua influência na concepção da EPS definida pela OPAS e adotada pelo MS brasileiro;
- ✓ Não se observa a partir das referências utilizadas influências da *aprendizagem ao longo da vida* defendidas principalmente pela Comissão Europeia na concepção de EPS, embora a saúde também acabe considerando que o trabalhador é o sujeito da mudança para melhoria do trabalho;
- ✓ É central o papel da OPAS na instituição da EPS;

- ✓ Na literatura estudada não está claro o referencial utilizado pela OPAS para apropriação do conceito de EP pois suas principais referências são publicações próprias.

O “final da história” é a nova onda e as questões mais controvertidas que assediaram nossos ancestrais são comumente tidas como resolvidas ou tratadas como tais por não se fazerem notar (pelo menos não notadas *como problemas*). Tendemos a nos orgulhar do que talvez devesse nos envergonhar: de viver numa época “pós-ideológica” ou “pós-utópica”, de não nos preocuparmos com uma visão coerente de boa sociedade e de ter trocado a preocupação com o bem público pela liberdade de buscar satisfação pessoal. E no entanto, se pararmos para pensar por que essa busca de felicidade o mais das vezes não consegue produzir os resultados que esperamos e por que o sabor amargo da insegurança torna a benção menos doce do que nos disseram que seria, não iremos longe sem trazer de volta do exílio ideias como a do bem público, da boa sociedade, da igualdade, da justiça e assim por diante – ideias que não fazem sentido senão cuidadas e cultivadas na companhia de outros. Nem é provável que consigamos tirar a mosca da insegurança do unguento da liberdade individual sem recorrer à política, sem utilizar o veículo do instrumento político e estabelecer a direção em que deve seguir esse veículo (BAUMAN, 2000, p. 16).

CAPÍTULO III

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DA AGENDA À IMPLEMENTAÇÃO

Embora sejam variáveis as definições de política, de acordo com Oszlak e O'Donnell (1976, p. 112) a política pública pode ser definida como:

Si bien es controvertido el sentido y extensión que cabe otorgar al término "política estatal" (o "pública") en nuestra definición la concebimos como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el futuro curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión.

Aguilar Villanueva (1996a, p. 22) discute a *noção* de política considerando que há duas definições: a *descritiva* e a *construção teórica*. Na primeira se reconhece seu aspecto institucional: “se trata de la decisión de una autoridad legítima [...]”. Segundo o autor, a política é

um comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual [...] es en un doble sentido un curso de acción: és el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efectivamente seguido. No sólo lo que el gobierno dice y quiere hacer. También lo que realmente hace y logra, por sí mismo o en interacción con actores políticos y sociales, más allá de sus intenciones (AGUILAR VILLANUEVA, 1996a, p. 24 -25).

A *construção teórica* se baseia nas teorias *politológicas* onde são determinantes os teoremas sobre o poder, o consenso e o conflito.

En esta perspectiva, las políticas públicas, supuestamente elaboradas en la interacción entre los poderes estatales y las libertades ciudadanas [...] no son excepción sino exteriorización puntual del juego realísimo de los poderes sociales y de sus intereses exclusivos (AGUILAR VILLANUEVA, 1996a, p. 29).

É na perspectiva do poder, “uma espécie de mola da política” (NOGUEIRA, 2001, p. 24) que Weber (1993, p. 56) concebe a política como “o conjunto de esforços feitos com vistas a participar do poder ou a influenciar a divisão do poder, seja entre Estados, seja no interior de um único Estado”.

Ball (2002) também problematiza o próprio conceito de política (*não são objetos mas processos e resultados*) considerada como *texto e discurso*.

Pero, además, es crucial reconocer que las políticas en sí mismas, los textos, no son necesariamente claros o cerrados o completos [...] son el producto de compromisos en varias etapas (en el momento de la influencia inicial, en las micropolíticas de la formulación legislativa, en el proceso parlamentario y en las políticas y micropolíticas de los grupos de interés) (BALL, 2002, p. 21).

Además, la política como discurso puede tener el efecto de redistribución de la ‘voz’, por lo tanto, no importa lo que algunas personas digan o piensen, sólo ciertas voces pueden ser escuchadas como significativas o autorizadas (BALL, 2002, p. 28).

A perspectiva de Ball sobre política será aprofundada mais adiante pois adotaremos algumas das categorias por ele utilizadas para analisarmos a PNEPS.

Segundo Aguilar Villanueva (1996b. p.15) a noção de política como *proceso* é um dispositivo analítico pois as etapas da política podem “sobreponerse y suponerse unas a las otras, condensarse alrededor de una de ellas, anticiparse o atrasarse, repetirse”. O autor adverte que a separação analítica não deve ser confundida com uma separação real, cronológica pois os eventos não são sucessivos e separáveis de fato.

Menicucci (2007, p. 303) discutindo a implementação da Reforma Sanitária Brasileira chama a atenção para o fato de que “o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação”. Neste sentido, o sucesso da política está associado “a capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político daqueles por ela afetados” (MENICUCCI, 2007, p. 303).

Souza (2007, p. 69) discute o estado da arte da pesquisa em políticas públicas e entende que “uma teoria geral da política pública implica a busca por sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia” e por esta

multidisciplinaridade precisa também explicar “as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade”.

3.1. A EPS na agenda política

Como já vimos anteriormente,⁴¹ a questão da educação dos recursos humanos foi tema importante no processo da Reforma Sanitária brasileira no mesmo período de difusão e implementação das propostas de EPS coordenadas pela OPAS na décadas de 1980 e 90. Muito antes de se configurar como uma política, a qualificação dos profissionais da saúde e a oferta de uma educação continuada para esses trabalhadores foram reivindicações de alguma forma presentes já na 4^a, na 5^a e na 6^a Conferências Nacionais de Saúde de 1967, 1975 e 1977, respectivamente, e concretizadas em experiências importantes como o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS (1976), o Projeto Larga Escala (1981), o Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRH (1987) e o Desenvolvimento Gerencial em Unidades Básicas de Saúde - GERUS (1990) (COSTA, 2006).

Nos anos seguintes principalmente anos 2000 a questão dos RHS foi ganhando centralidade na discussão da melhoria da atenção à saúde e a EPS é então reconhecida como um instrumento para transformação das práticas nos serviços de saúde entrando na pauta do MS.

Vários questionamentos podem ser feitos ao se pensar na formação de uma agenda de governo. Uma das indagações mais pertinentes está entre as várias listadas por Aguilar Villanueva (1996b, p. 24): “Qué es lo que realmente hace que una cuestión social circunscrita se vuelva cuestión pública y asuntos de la agenda de gobierno?”

Segundo Elder e Cobb (1996, p. 77) por formação da agenda se entende “el proceso a través de cual ciertos problemas o cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como posibles asuntos de política pública”. Os autores chamam a atenção para o papel dos atores nesse processo: “La arena pública no es un campo de juego en el que juegan todos bajo las mismas reglas; algunos tienen mayor acceso que otros y también

⁴¹ Capítulo II.

detentam un poder mayor para dar forma a la definición de los problemas públicos” (GUSFIELD, 1981, *apud* ELDER e COBB, 1996, p. 84).

De acordo com THÉRET (2003) a compreensão da ação dos indivíduos e de suas manifestações coletivas deve levar em conta as mediações entre estruturas sociais e os comportamentos individuais. O institucionalismo, um dos paradigmas das ciências sociais⁴², considera que essas mediações são precisamente as instituições. O neo-institucionalismo⁴³ enfatiza a importância crucial das instituições para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas (SOUZA, 2005).

A perspectiva neo-institucionalista reconhece que o Estado assim como as demais instituições “influenciam diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições” (MARQUES, 1997, p. 81). O autor cita como exemplo a criação de uma agência responsável por um determinado tema ou política que repercute num aumento de demandas por aquele tema, “provocando uma possível alteração na agenda de questão que são levadas ao Estado” (MARQUES, 1997, p. 82). Na saúde, um exemplo importante foi a criação da SGTES, a partir da qual a política de educação em saúde tem se destacado entre as políticas desta área bem como o avanço nas discussões no âmbito do trabalho e da gestão em saúde.

A presença de certos atores em posições estratégicas parece ser de fato essencial para influenciar a definição da agenda e mesmo aponta tendências de ação do governo. Paim (2008, p. 241) observa que o Ministro da Saúde do período de 2007 a 2010 “foi um dos últimos a ser indicado na composição da equipe do primeiro escalão, mas todas as

⁴² LUZ (1997, p. 80) discutindo sobre realidades em saúde como objetos de estudo das Ciências Sociais ressalta que “a saúde, definida como efeito de um conjunto de condições de existência, e as instituições que as regulam, tem tido um grande impacto nas relações e instituições sociais estabelecidas há mais de um século, e que este impacto que deveria ecoar nas ciências sociais com a mesma força, não tem tido ainda suficiente ressonância nos pesquisadores dessas disciplinas”. Por outro lado, RIBEIRO (1997, p. 91) aponta a importância do uso de ferramentas das ciências sociais na área da saúde pois ao “se conferir relevância aos grupos de interesses na política pública, decorre a necessidade de estudar os próprios mecanismos de constituição de interesses comuns entre indivíduos e de delegação de poderes de representação”.

⁴³ MARQUES (1997) denomina como neo-institucionalismo “a corrente das Ciências Sociais que tem ressaltado, de maneira enfática, a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais” (p. 75). O autor ressalta ainda que esta corrente não é uma linha de continuidade com o antigo institucionalismo da Ciência Política pois rejeita modelos de análise estáticos e incorpora *as particularidades específicas de cada situação histórica nas análises*.

secretarias que compunham a estrutura do novo ministério foram contempladas com dirigentes que tiveram participação no movimento sanitário”. De 2003 a 2012, período de intensa produção de políticas e programas na área da saúde, apenas por um ano, o ministério não foi conduzido por um médico ratificando o predomínio desse profissional na gestão do MS desde sua criação em 1953.

Para além da criação da SGTES em 2003 e todas as suas ações já descritas anteriormente⁴⁴, podem ser citadas ainda outras políticas e programas do MS desde então: Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) (2003), Política Nacional de Urgências e Emergências (2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), Atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição de 1999 (2011); Farmácia Popular (2004), Brasil Sorridente (2004), Olhar Brasil (2007), Programa Saúde na Escola (PSE) (2008). Destacam-se ainda os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (2008) e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (2010).

Nota-se portanto que vários temas da saúde tem ganhado o *status* de política e programas governamentais nos últimos anos através do MS e suas 6 Secretarias: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), SGTES. O MS tem suas atividades coordenadas e supervisionadas pela Secretaria Executiva (SE) que também é responsável por vários programas e projetos como PACTO PELA SAÚDE (2006), MAIS SAÚDE (2007) e QualiSUS-Rede (2009).

Lindblon (1991) considera que os desejos e preferências políticas provêm da sociedade e dependem dela, mas também o próprio sistema em que se elaboram as políticas molda aspirações e incorpora alguns temas na agenda enquanto outros são rechaçados.

Segundo Oszlak e O'Donnell (1995) a análise de políticas públicas não pode prescindir de conhecer o *processo social* caracterizado como a questão que deseja resolver, as condições de surgimento da mesma e as políticas adotadas pelos demais atores sociais. Para os autores, esse processo social é o primeiro nível do *contexto* para o estudo da

⁴⁴ Descritas no Quadro 1.

política, fundamental para sua compreensão e explicação inclusive das mudanças ao longo do tempo. Neste sentido é que para analisarmos a PNEPS nos preocupamos em compreender inicialmente a configuração da formação profissional e do trabalho em saúde no país, a historicidade da questão da educação continuada desses trabalhadores, os caminhos da EP e sua apropriação pela saúde, e por fim como o tema se constituiu em política. Entendemos que a partir desses elementos é que podemos visualizar um pouco melhor as tantas questões que atravessam essa temática e ter uma noção dos movimentos que a levaram a fazer parte da agenda de governo, o que para Oszlak e O'Donnell (1995) seria o segundo nível do contexto.

3.2. GIRANDO A RODA: a instituição da PNEPS

A instituição da PNEPS foi antecedida pela implementação em 1997 dos “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família” que constituíram um conjunto articulado de instituições voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implementação da Estratégia de Saúde da Família (CAMPOS et al., 2006). Esses Pólos foram definidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) como

[...] articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às Instituições de Ensino, que se consorciam ou celebram convênios com SES e/ou SMS, para implementarem programas de capacitação direcionados à estratégia de Saúde da Família [...] (BRASIL, 2002, p.21).

No ano 2000, decorridos três anos de sua implantação, foi avaliada a atuação desses Pólos pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por solicitação do MS. Esse estudo avaliou os doze primeiros Pólos constituídos: Alagoas (Maceió), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Mato Grosso (Cuiabá), Minas Gerais (Belo Horizonte), Minas Gerais (Juiz de Fora), Paraná (Curitiba), Pernambuco (Recife), Rio de Janeiro (Niterói), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Santa Catarina (Florianópolis). Todos os resultados referem-se a 11 Pólos,

uma vez que os dois Pólos do Rio de Janeiro foram analisados em conjunto (NEPP, 2002). Dentre os resultados destacam-se:

- ✓ Variável integração institucional (integração entre as instituições de ensino e serviço, parcerias institucionais);
- ✓ Variável nível de descentralização e regionalização entre os Pólos;
- ✓ Baixo nível de consolidação do sistema de monitoramento e avaliação na maioria dos Pólos;
- ✓ Papel central das Secretarias de Estado da Saúde (SES) na coordenação dos Pólos e direção financeira;
- ✓ Considerando o posicionamento dos Pólos segundo seu Desempenho por Dimensão foram considerados altos: o relacionamento com as instâncias Estadual e Municipal, a relação dos Pólos com PSF e a relação Ensino versus Serviço.

Quanto à atuação desses Pólos na capacitação das Equipes de Saúde da Família (ESF) essa pesquisa fez os seguintes apontamentos dentre outros:

- ✓ A maioria dos profissionais era enviada aos Pólos para capacitação em áreas temáticas embora muitos municípios tenham enviado grande parte dos integrantes das equipes para a realização do Módulo Introdutório;
- ✓ Os maiores beneficiários dos cursos foram os enfermeiros;
- ✓ Ainda era insatisfatória a oferta de cursos para os quais havia interesse;
- ✓ A maioria dos médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram favoráveis ao treinamento em serviço como processo de capacitação;
- ✓ A capacitação no nível local foi considerada viável para a maioria dos médicos e enfermeiros entrevistados;
- ✓ Foi considerado médio o grau de contribuição dos cursos de capacitação para os resultados positivos das ESF;

- ✓ Aproximadamente 50% dos profissionais entrevistados compartilhavam a opinião de que a capacitação oferecida era parcialmente adequada a sua atuação e às necessidades locais;
- ✓ A maioria dos gestores era favorável à adoção de medidas alternativas de capacitação como Educação a Distância - como estratégia de descentralização das ações de capacitação;
- ✓ O curso introdutório foi considerado *bom* pela maioria dos médicos, enfermeiros e ACS;
- ✓ Na avaliação da atuação dos Pólos, a maioria dos Secretários Municipais de Saúde considerou como *bom* a oferta de cursos, a adequação às necessidades locais e a proximidade do município, como *ruim* a regularidade dos cursos e a capacidade de absorver a demanda local; quanto ao *Modelo Pólos de Capacitação* a maioria desses entrevistados achava que o mesmo não atendia às necessidades locais principalmente pela oferta insuficiente de cursos sugerindo um modelo descentralizado de capacitação.

Em 2002, o MS organizou o Seminário Internacional de Recursos Humanos em que o DAB apresentou outra avaliação dos Pólos de Capacitação frente à pesquisa do NEPP. Os resultados demonstraram que embora os Pólos estimulassem as instituições de ensino superior a compartilhar com o serviço a qualificação de seus profissionais, havia um descompasso entre a necessidade do serviço e a capacidade de oferta das instituições parceiras, inadequação dos conteúdos de capacitação com as necessidades locais, além do fato de que a maioria dos Pólos ainda não havia sido formalmente instituída (SOUZA et al., 2002).

No Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos (BRASIL, 2002b) foram apresentados alguns resultados obtidos pelo NEPP e também a avaliação do DAB. No debate da plenária surgiram questões importantes das quais: necessidade de se criar um cadastramento dos cursos oferecidos, desencontro e incoerência entre o trabalho realizado pelos Pólos e pelo MS, dificuldades no repasse de recursos para os Pólos, insatisfatória articulação dos Pólos com os gestores.

Pode-se dizer a partir da avaliação do NEPP, da pesquisa do DAB e das discussões dos coordenadores, que havia boa relação entre as instâncias Estadual e Municipal, e entre os Pólos e o Programa Saúde da Família. No entanto a relação das instituições de ensino e serviço era em parte desgastada pela inadequação de cursos oferecidos frente às reais necessidades dos profissionais em seu trabalho.

Os dados dessas avaliações referentes ao estado de São Paulo ainda serão discutidos nesta pesquisa numa perspectiva histórica da PNEPS dando subsídios para compreensão de sua implementação nesta unidade da federação conforme os objetivos deste estudo.

Em 2003, a Resolução N° 335, de 27 de novembro, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a “Política Nacional de Formação 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 (BRASIL, 2004b).

Em 2004, a Portaria N° 198/GM/MS de 2004 instituiu a PNEPS “como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor”. Em seu Artigo 1º Parágrafo Único resolve:

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) [...] (BRASIL, 2004).

Entre as Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política de Educação Permanente apresentadas pela Portaria 198 de 2004 estavam as bases destes Pólos, das quais:

“estabelecer-se como articulação interinstitucional local como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é um lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações)” (BRASIL, 2004).

A gestão colegiada dos Pólos propôs uma maior participação da sociedade no âmbito da qualificação do profissional de saúde. Insere-se na PNEPS um dos princípios do próprio SUS que é a participação popular. No Colegiado de Gestão poderiam ter assento

todos que participassem dos Pólos: gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área da saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Campos (2000) propôs o *Método da Roda* para constituição de *Coletivos Organizados* “[...] o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição” (CAMPOS, 2000, p. 36). Tendo o trabalho “*como um dos caminhos necessários à própria constituição do Sujeito*” (CAMPOS, 2000, p. 54) e discutindo a instituição como uma *Obra coletiva* o autor aponta como um desafio o fortalecimento do Sujeito

[...] para que ele se autorize e tenha capacidade de negociar e solidarizar-se com outros Sujeitos ou Instituições, partindo do reconhecimento do outro também como Sujeito, ou seja, como ser com desejos e interesses a serem considerado (CAMPOS, 2000, p.137).

A diversidade de representantes na Roda de Gestão dos Pólos de Educação Permanente implicava na participação de instituições variadas como aquelas do ensino, do serviço e da gestão. Neste sentido a dinâmica de funcionamento dos Pólos passaria necessariamente pelo estabelecimento de relações interinstitucionais através das quais deveriam ser construídas e estabelecidas as ações necessárias para a qualificação do profissional de saúde na localidade de abrangência.

Em análise da gestão colegiada dos Pólos realizada anteriormente, constatamos que a consolidação dessas instâncias demandaria reconhecer ao longo do processo de implementação que a participação apresenta “mediações diversas com o processo histórico brasileiro e o contexto político, econômico e cultural em que esses espaços são construídos” (SCHOTT, 2008, p. 75) sendo necessário identificar “como os *atores* atuam nesse espaço de participação coletiva, os diversos *interesses* colocados na roda de gestão interinstitucional e as correlações de *poder* que a permeiam” (SCHOTT, 2008, p. 76).

Constatou-se, no caso estudado, que embora a “construção coletiva” tivesse sido considerada uma proposta “*interessante*” resultou na “existência de diversos conflitos entre as diferentes representações como sindicatos, conselhos, universidades, escolas técnicas e ongs além de “*questões políticas*”, o que foi considerado um fator de atraso no seu desenvolvimento” (SCHOTT, 2008, p. 71).

Esse estudo acima referido fez parte do Programa de *Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde*⁴⁵. Os resultados deste estudo estão publicados em Pierantoni e Viana (2010), Consórcio de Medicina/USP (2008) e disponíveis on-line na página da *Web* do NESCON.

Carvalho et al. (2010) analisando a comparação dos “modelos” de Pólos constataram que a nova proposta, Pólos-EP ou mais conhecidos como PEPS (Pólos de Educação Permanente em Saúde) representaria um modelo melhor pois ampliava os beneficiados, antes apenas para os profissionais da Saúde da Família, agora para todo o SUS; tinham maior diversificação de conteúdos na oferta de capacitação; e ainda promoviam maior integração entre o serviço e instituições de ensino.

Faria (2010) comparando a avaliação dos Pólos de Capacitação para a Saúde da Família (Pólo-SF) realizada pelo NEPP e esta avaliação da PNEPS (Pólos-EP) tem entre suas considerações que em geral houve ruptura entre as experiências sendo marcante portanto a *descontinuidade*.

Não bastassem as dificuldades de implementação face às rupturas e mesmo aos novos dispositivos operacionais que não se mostraram adequados, como os mecanismos de financiamento; antes de serem divulgados e debatidos os achados desta Avaliação, uma nova Portaria redefiniu profundamente a Política. E agora nos perguntamos: Quais os argumentos para as mudanças? Como se justificam as novas diretrizes adotadas? Por que tais diretrizes?

Antes de tentar encontrar algumas dessas respostas, pretendidas também pelos objetivos deste trabalho, abordamos a seguir as atuais diretrizes da PNEPS.

⁴⁵ Essa *Avaliação* foi solicitada pela SGTES, realizada pela Fundação Faculdade de Medicina da USP e coordenada pela Prof^a. Dra. Ana Luiza D’Ávila Viana.

3.3. TROCANDO A RODA: novas diretrizes da Política

Pode-se dizer que a principal diretriz da primeira Portaria (2004) que foi mantida na Portaria Nº 1.996/GM/MS de 2007 (ANEXO II) é a *locorregionalização* das ações de EP adequando-se agora às normas operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde⁴⁶.

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 (BRASIL, 2007b).

O Artigo 2º define que a condução regional da Política se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Essas instâncias estão definidas na Portaria como sendo:

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. 2º § 2º).

COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL (CGR): “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)” (Art. 3º).

A criação de comissões de integração e articulação ensino serviço foi prevista na Lei 8.080/90⁴⁷:

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

⁴⁶ O Pacto pela Saúde foi divulgado pela Portaria 399/GM/MS de 2006 que aprova suas diretrizes operacionais (Brasil, 2006d).

⁴⁷ A Lei 8.080/90 é uma dos principais marcos legais da RSB pois define os objetivos e atribuições do SUS a partir dos princípios estabelecidos na Constituição de 1988 - “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

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

Em 2003, através da RESOLUÇÃO Nº 330, de 4 de Novembro, o Conselho Nacional de Saúde resolve aplicar a NOB/RH-SUS⁴⁸ como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b). Esse documento “explicita as atribuições e responsabilidades dos gestores, de cada esfera de governo, para com a Gestão do Trabalho no SUS” (BRASIL, 2005b, p.35).

Sobre a EP, a NOB/RH-SUS tem entre suas considerações:

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

Os Gestores das três esferas de gestão do SUS deverão elaborar, anualmente, um Programa Institucional de Educação Permanente para todos os níveis de atuação do conjunto de trabalhadores da Saúde sob suas responsabilidades.

Os Programas Institucionais de Educação Permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores (BRASIL, 2005b, p.58s).

Nota-se portanto que não há referência direta sobre as CIES mas sim a criação de um Programa Institucional de Educação Permanente pelos gestores das três esferas de governo. Pode-se dizer que as novas diretrizes da PNEPS recuperam a existência já legalmente prevista das CIES e reforçada pelas orientações da NOB/RH-SUS sobre a importância da EP como um dos campos de trabalho da gestão em saúde.

As CIES devem ser compostas por gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal além de gestores da educação e/ou representantes, trabalhadores do SUS

⁴⁸ NOB/RH-SUS: é a denominação atribuída ao documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)”, aprovado pela 10.^a Conferência Nacional de Saúde com a denominação de “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, alterado após a 11.^a e a 12.^a Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2005c, p. 29).

e/ou entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados ao controle social no SUS. Dentre suas atuais atribuições estão:

- ✓ Apoio e cooperação técnica ao CGR para construção do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS);
- ✓ Articulação institucional para ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores segundo os pressupostos já definidos para a EP;
- ✓ Apoio aos gestores na discussão, proposições e planejamento das ações de EP bem como o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias implementadas.

A estruturação e a dinâmica de funcionamento das CIES estão definidas no anexo II da Portaria 1996/07 (ANEXO II).

Outro instrumento norteador das novas diretrizes da PNEPS foi a Portaria 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 que divulgou o Pacto pela Saúde 2006 aprovando suas diretrizes. Este documento resultou de um processo de pactuação de responsabilidades firmado pelos três níveis de gestão do SUS: federal (MS), estadual (CONASS) e municipal (CONASEMS)⁴⁹. Compreende três dimensões:

Pacto Pela Vida:

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do

⁴⁹ O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) fazem parte de um conjunto de conselhos existentes na área da saúde no sentido da *participação* e do *controle social*. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado com representação do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Em caráter permanente e deliberativo “*atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente*” (BRASIL, 1990b). Segundo Labra (2005) existem no país cerca de 5.700 desses espaços incluindo o Conselho Nacional de Saúde, o conselho do Distrito Federal, dos estados e municípios, além dos regionais, distritais e locais e os Conselhos Sanitários Indígenas.

idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006d).

Pacto Em Defesa Do SUS:

Diretrizes

Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Ações

Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 2006d).

Pacto De Gestão:

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e

Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006d).

O Pacto de Gestão teve a *regionalização* como eixo estruturante sendo a regionalização a “diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006d, p.15). Entre os *Mecanismos de Gestão Regional* previstos estava a criação do CGR.

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

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

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes (Brasil, 2006d).

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 (Brasil, 2007b).

Articulação locorregional da CIES e do CGR

A relação proposta entre a CIES e o CGR está definida no anexo II da Portaria 1996/07. Compreende-se que a CIES deveria assessorar o CGR na discussão da EP e na construção do PAREPS que posteriormente será encaminhado para CIB para homologação.

Dentre outras considerações, o PAREPS deve:

- ✓ Caracterizar a região de saúde a que se refere identificando os problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços de saúde da região;
- ✓ Identificar necessidades de formação dos profissionais de saúde a partir do perfil epidemiológico locorregional;
- ✓ Propor metas e indicadores de resultados;
- ✓ Estabelecer mecanismos de avaliação, recursos a serem utilizados e cronograma de execução.

O Plano construído direcionará as ações da CIES que deverão ser aprovadas e acompanhadas pelo CGR.

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 (BRASIL, 2007b).

3.4. DE RODA EM RODA: permanências e rupturas

Comparando as diretrizes anteriores com as novas diretrizes pode-se dizer que a instância que ocupa o lugar do *Pólo de Educação Permanente configurado como Colegiado de Gestão* é a CIES. A semelhança dessas instâncias se deve essencialmente pelos atores participantes e pela gestão colegiada.

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 (BRASIL, 2007b).

Uma diferença bastante relevante é o papel protagonista dado aos gestores da saúde na condução da EP pois além de constituírem o CGR devem também integrar a CIES. Anteriormente também era requerida a participação dos gestores tanto no Colegiado de Gestão quanto no Conselho Gestor quando instituído. No entanto estudos mostraram que em geral a participação dos gestores da saúde foi variável sendo maior em alguns casos (VIANA et al., 2010) e bem incipiente em outros (GERSCHMAN e SCHOTT, 2010) sendo prevalente nos estudos a baixa representatividade de gestores da educação.

Quanto ao papel da SES, anteriormente caberia a ela a reunião dos vários Pólos de um mesmo estado no sentido de garantir compatibilização das iniciativas e propostas com a política estadual. A nova Portaria não discrimina funções específicas da SES mas coloca um conjunto de questões compreendidas como *Responsabilidades Estaduais na Educação na Saúde* que de maneira geral ratificam as atribuições previstas anteriormente no sentido da compatibilidade estadual mas focaliza questões importantes da formação em saúde:

- a) Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual.
- b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
- c) Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos para processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.
- d) Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento.
- e) Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e das especializações das profissões de saúde.

- f) Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores para processos na mesma direção.
- g) Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual (BRASIL, 2009b, p. 29-31).

A participação no Colegiado de Gestão do setor privado se dava essencialmente pela atuação de instituições de ensino privadas que estabeleciam de alguma forma parcerias na elaboração e desenvolvimento de projetos de capacitação dos profissionais respaldadas principalmente pela integração ensino-serviço proposta.

Na avaliação dos PEPS, Viana et al. (2010) identificaram a participação de universidades privadas em todos os Pólos avaliados. A relação entre as instituições públicas e privadas foi em parte considerada fundamental mas também de difícil operacionalização. A participação de instituições do ensino fossem públicas ou privadas, era central nos Pólos-PSF e foi reduzida nos PEPS com a gestão colegiada e a priorização dos serviços como *locus* para a educação pretendida.

Como a CIES agora é o espaço de participação interinstitucional da PNEPS é nessa instância em que deverão ser representadas as instituições tanto do ensino quanto dos serviços pois o CGR é restrito aos gestores municipais e estaduais ou seus representantes.

Quanto ao fluxo de encaminhamento das propostas destaca-se a partir de agora a ausência do ator federal diferentemente da proposta anterior em que os projetos saíam do Pólo, passavam pela CIB e eram encaminhados ao MS para aprovação e financiamento. Esse fluxo não favoreceu em alguns casos a horizontalidade pretendida mantendo a verticalidade na decisão política (SCHOTT, 2008). A lentidão na aprovação ou mesmo a falta de parecer dos projetos elaborados pelos Pólos levou em geral ao esvaziamento dos Colegiados de Gestão.

Outra diferença significativa está no financiamento. A centralidade do financiamento pelo MS dada pelos dispositivos definidos na portaria 198/04 foi um grande motivo de entrave no funcionamento de alguns Pólos como por exemplo no estado do Rio de Janeiro. Pela nova Portaria os recursos financeiros serão transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios seguindo as pactuações nos

órgãos colegiados. A expectativa é que o financiamento da EP seja facilitado com as novas diretrizes adotadas⁵⁰.

Faz-se necessário agora analisar a efetivação ou não das novas diretrizes e como os Colegiados/Rodas de Gestão já instituídos nos Pólos de Educação Permanente estão sendo incorporados nesse rearranjo estrutural da PNEPS ou mesmo se eles estão sendo extintos e se os participantes aderiram à nova configuração.

Uma pesquisa⁵¹ recente que dá continuidade à avaliação da implementação da PNEPS teve como objetivo principal identificar o papel e o desempenho das instâncias regionalizadas que efetivam a Política. Neste sentido avaliou-se a existência de CIES's e CGR's nos estados da federação e seus alinhamentos com Regiões de Saúde. O processo de constituição e desenvolvimento dessas instâncias se diferenciou entre os estados pesquisados.⁵² Considerando o repasse de recursos e o nível de alinhamento dessas instâncias com as Regiões de Saúde⁵³ os resultados são bastante variáveis podendo ser compreendidos em 8 grupos (VIANA et al., 2010b):

1. Estados que apresentam, no momento, nenhuma CIES e cujos CGR's existentes ainda não se alinham às regiões de saúde: AM, AP, DF, PA e RR.
2. Estados sem nenhuma CIES ainda, mas cujos CGR's existentes se alinham com as regiões de saúde: PB e SE.
3. Estados com uma CIES estadual, nenhuma CIES regional e cujos CGR não se alinham ainda com as regiões de saúde: AC.

⁵⁰Detalhes do financiamento estão no Art. 18 e 19 e anexo I da Portaria 1996/GM/MS de 2007.

⁵¹Esta pesquisa tem a mesma coordenação da Pesquisa anterior (2006) que avaliou a implementação da Política a partir da primeira Portaria (que instituiu os Pólos) (VIANA et al, 2008). Esta nova etapa intitula-se *Recursos Humanos e Regionalização da Saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente* (VIANA et al, 2010b).

⁵²Nesta pesquisa foi realizado *survey* junto a 25 Unidades da Federação e estudo de caso sobre São Paulo e Pernambuco. A coleta de dados se deu em uma oficina em que estiveram presentes os coordenadores das CIES Estaduais ou representantes das Secretarias Estaduais de Saúde daqueles estados nos quais as CIES ainda não estavam constituídas. Os estados de Goiás e Piauí foram os únicos que não enviaram representantes (VIANA et al, 2010b).

⁵³As Regiões de Saúde configuram-se como “recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local” (BRASIL, 2006f, p. 23).

4. Estados nos quais há uma CIES estadual, nenhuma regional ainda e cujos CGR's já estão alinhados com regiões de saúde: RJ, AL, BA, MS, RN e TO.
5. Estados com uma CIES estadual e CIES regionais alinhadas com as macrorregiões de saúde: CE, MG e SP.
6. Estados com CIES regionais alinhadas com CGR e com regiões de saúde: PR, RS e SC.
7. Estados com CIES e CGR ainda sem qualquer alinhamento notável: MA.
8. Estados com CIES ainda sem alinhamento notável, porém com CGR já alinhados com as regiões de saúde: ES, MT, PE e RO.

Nota-se que em 12 estados (grupos 4, 5 e 6) existem CIES's e CGR's alinhados com regiões de saúde. Entre esses estados há diferença na distribuição das CIES:

- ✓ RJ, AL, BA, MS, RV e TO: uma CIES estadual;
- ✓ PR, RS e SC: CIES's regionais;
- ✓ CE, MG e SP: uma CIES estadual e outras CIES's regionais.

Este estudo identificou uma correlação alta e positiva entre o nível de regionalização com a institucionalidade da PNEPS. Desta forma os estados que tinham CIES's regionais e CGR's alinhados com regiões de saúde (PR, RS, SC, CE, MG e SP) apresentaram tanto nível de regionalização avançada quanto alta institucionalidade da Política.

Quanto ao financiamento a pesquisa aponta a existência ainda de dificuldades na *execução orçamentária*.

A ampla relação de dificuldades pode ser organizada em três blocos: a legislação dos estados; a inexperiência de elevado número de secretarias estaduais, incluindo os recursos humanos; a recusa de municípios ao recebimento de recursos em virtude de receio com a prestação de contas. Alguns estados e municípios lançaram mão de Fundações ou Organizações Não Governamentais para ganhar agilidade na execução dos recursos (VIANA et al., 2010b, p. 19).

Vê-se que a implementação da PNEPS ainda é variável entre os estados e regiões do país e que permanecem dificuldades de operacionalização devido às questões preexistentes ou àquelas que surgem à medida que novos arranjos são necessários como, por exemplo, a

efetivação dos mecanismos de *regionalização* revistos pelo Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.8080 de 1990 dispondo “sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011e).

3.5. DECRETO Nº 7.508/2011: implicações na PNEPS

O objetivo desta regulamentação da estrutura organizativa do SUS pelo Executivo Federal é

dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011f).

Neste documento reitera-se a definição de Região de Saúde e da regionalização conforme definidas pela Portaria 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde que compreende também o Pacto de Gestão. Ratifica-se ainda o papel da CIB e da CIT nos processos de pactuação no âmbito estadual e federal respectivamente além da instituição da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Foram definidos instrumentos no sentido da viabilização das ações regionais tais como o Mapa da Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS):

MAPA DA SAÚDE - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011d).

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT (BRASIL, 2011d).

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a

forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011d).

Outro dispositivo para o planejamento regional da assistência previsto no Decreto é a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). A primeira versão foi publicada pelo MS através da Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012, e deverá ser atualizada a cada dois anos (BRASIL, 2012g).

Todos esses mecanismos convergem para propiciar a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS's), hierarquizadas, organizadas a partir da configuração regional da oferta de serviços de saúde tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS) bem como os serviços de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e aqueles especiais de acesso aberto⁵⁴ (BRASIL, 2011d). A constituição das RAS's já havia também sido ratificada pelo Pacto de 2006 e tem sido uma diretriz para a saúde desde a Constituição de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A cooperação técnica do MS para implementação das Redes se dá através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARA).

A partir de vários autores e experiências de redes de saúde, Mendes (2011) entende que as RAS(s) podem ser definidas como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma

⁵⁴ Serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011d).

humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

Para o autor, a organização das RAS(s) deve ser estruturada a partir dos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

Percebe-se que a partir de toda esta normatização há um esforço maior em considerar a assistência privada no planejamento da assistência à saúde pois a RAS deve agregar toda oferta de serviços sejam aqueles públicos ou não de um determinado território.

Ainda segundo o Decreto 7.508/2011:

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

As determinações do Decreto para PNEPS são bastante significativas pois incidem diretamente na organização regional da saúde que é o seu eixo central de ação.

Os Mapas darão o perfil não apenas dos serviços e ações de saúde mas também dos recursos humanos da saúde de uma determinada área. Esse dispositivo poderá ser muito útil para implementação da Política servindo de base para os PAREPS.

Embora não esteja explícito no Decreto referido, a instituição das CIR's parece que substitui os CGR's, no entanto não há definição de atribuições a não ser que devem observar as diretrizes da CIB. Há portanto que se verificar se as CIR's corresponderão aos CGR's já constituídos e se as atribuições dos Colegiados quanto a PNEPS serão repassadas a essas Comissões. Faz-se necessário compreender também de que maneira a Política agregará a configuração e dinâmica das RAS(s).

Expectativas em curso

Possivelmente esteja no senso comum de pesquisadores, gestores e profissionais da área da saúde que a questão da educação permanente nos serviços de saúde tem relevância suficiente para ser pauta de uma agenda de governo. As questões inquietantes e motivadoras de análises diversas giram ao redor da própria política instituída. No entanto seria esse o marco legal capaz de apresentar soluções para uma educação permanente dos trabalhadores da saúde? Como tem sido a apropriação das diretrizes da PNEPS nos diferentes espaços em que tem sido implementada? Quais fatores têm em cada caso sido determinantes no processo político? Diferenças significativas são identificáveis? A Política tem se limitado ainda à *intenção* ou já se concretiza em *ações* de educação permanente em saúde? Este estudo não objetivou responder a essas questões mas inevitavelmente está perpassado por todas elas.

Em qualquer Estado moderno os cidadãos estão estruturalmente relacionados à autoridade estatal basicamente de três maneiras. Os cidadãos são coletivamente os *criadores* soberanos da autoridade estatal, são potencialmente *ameaçados* pela força e coerção estatal organizada e são *dependentes dos serviços e das provisões organizadas pelo Estado*. A noção de cidadania nos Estados do bem-estar liberal-democráticos envolve estes três aspectos: primeiro os cidadãos constituem a principal fonte da vontade política coletiva, na formação da qual eles são chamados a participar sob várias formas institucionais; segundo, também são os “sujeitos” contra quem essa vontade pode ser imposta e cujos direitos e liberdades civis, ao constituírem uma esfera autônoma de ação social, cultural, política e econômica “privada”, impõem limites sobre a autoridade do Estado; e finalmente, são clientes que dependem dos serviços, dos programas e dos bens coletivos fornecidos pelo Estado, para garantirem os seus meios de sobrevivência e de bem-estar material, social e cultural em sociedade. [...] Assim, podemos dizer que os três componentes das relações modernas entre Estado e os cidadãos no Ocidente são o *Estado de direito*, a *democracia representativa* e as condições de “garantia civil” através do Estado de bem-estar (OFFE, 1994, p. 269, 271).

CAPÍTULO IV

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SP: dos Pólos às CIES

4.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA: o campo, fontes e sujeitos, análise

Este estudo utiliza o método qualitativo de pesquisa definido por Minayo (2006, p. 57) como “[...] o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. Goldenberg (2003, p. 53) considera que “[...] os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos”.

A pesquisa constitui-se em um estudo de caso que privilegiou o estado de São Paulo. Pelo fato de estar sendo realizada em uma de suas Universidades públicas entendemos assim que seria uma retribuição pelos investimentos feitos na produção de conhecimentos contribuindo para o ensino, a pesquisa e a extensão no Brasil. A nosso ver a investigação sobre a PNEPS no estado se justifica por entendermos que a implementação da Política em SP é uma experiência significativa que pode possibilitar contribuições em situações análogas em outros estados do país (SEVERINO, 2007). Já eram conhecidos os antecedentes da PNEPS em SP com as avaliações das experiências dos Pólos-SF e dos PEPS (VIANA et al., 2008), VIANA et al., 2010). A partir da definição por SP é que foi descoberto já no processo de investigação que na nova *Avaliação Nacional* desta Política realizada no ano 2009, pesquisa publicada por Viana et al. (2010), havia sido feito um estudo de caso de SP e PE. Esse achado foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa pois forneceu dados recentes sobre a PNEPS no estado uma vez que já estava em vigor a Portaria 1996/2007 e os Pólos já haviam sido substituídos pelas CIES.

De acordo com Pádua (2006, p. 157) o estudo de caso não dá conta de toda “unicidade” do objeto mas se trata de uma “tentativa de abranger as características mais importantes do tema que se está pesquisando” buscando assim investigar as questões e minimizar as incertezas próprias do conhecimento (MORIN, 1999).

Este projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp de número 44144 de 13 de junho de 2012 (ANEXO III).

O ESTADO DE SÃO PAULO: alguns dados

População

O estado de São Paulo tem cerca de 41.262.199 habitantes, segundo Censo 2010, sendo a maioria da população residente na área urbana (95,4%) distribuída em 645 municípios. Apresenta densidade demográfica de 166,25 hab/km² sendo que 51,3% da população são mulheres (IBGE, 2010b).

Economia

Economicamente SP é responsável por 31% do PIB do país (IBGE, 2010b). O estado possui cerca de 38% do Valor da Transformação Industrial e 28% dos estabelecimentos comerciais do Brasil sendo ainda o maior Pólo do Setor Terciário nacional (INVESTE SÃO PAULO, 2013).

Educação

Quanto à educação, a taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais de idade é de 4,7% e de analfabetismo funcional com a mesma faixa etária é de 13,2% (IBGE, 2010b). O Censo Escolar da Educação Básica do estado do ano 2012 aponta a existência de

28.263 escolas sendo 5.830 estaduais, 12.492 municipais, 27 federais e 9.914 particulares (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

A educação profissional pública é coordenada pelo Centro Paula Souza, autarquia do governo de SP, a qual administra 211 Escolas Técnicas (Etecs) e 56 Faculdades de Tecnologia (Fatecs) estaduais em 161 municípios paulistas (CENTRO PAULA SOUZA, 2013). Dados do Censo Escolar 2012 do estado apontam o seguinte perfil de matrículas iniciais da educação profissional: 151.520 estaduais, 12.878 municipais, 5.973 federais e 186.591 na rede particular (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

São vinculadas à coordenação de Ensino Superior do estado as seguintes instituições:

Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

De acordo com o *Mapa da Educação Superior no estado de São Paulo* elaborado pelo Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado de São Paulo (SEMESP) no ano 2010 no estado havia 600 Instituições de Ensino Superior (IES) sendo 514 privadas e 86 públicas (SEMESP, 2012). Neste mesmo ano SP teve a formação na graduação de 267 mil universitários, dos quais a maioria foi concluinte na rede privada de ensino superior (237 mil alunos).

Saúde

Quanto à atenção à saúde, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o estado de SP possui atualmente 61.348 estabelecimentos sendo 6 federais, 483 estaduais, 8.720 municipais e 52.139 da esfera privada que compreendem 590.892 ocupações (CNES, 2013). O total de ocupações nos estabelecimentos de saúde do

estado é de 599.358 sendo as mais prevalentes: Auxiliar de Enfermagem (99.613), Técnico de Enfermagem (51.709), Enfermeiro (35.293), Agente Comunitário de Saúde (30.589) e Cirurgião Dentista Clínico Geral (23.361).

4.1.1. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA ÁREA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO e a Política de Educação Permanente

O estado de SP conforma atualmente⁵⁵ 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS's) que tem entre suas finalidades a coordenação, a articulação e o gerenciamento do sistema de saúde em nível locorregional conforme estabelecido pelo Decreto Nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/SP, 2006).

Os DRS(s) são formados por Regiões de Saúde que agregam municípios próximos de uma mesma locorregião. O número de Regiões de cada DRS é variável. Toda Região de Saúde tem um CGR representativo de seus municípios. O quadro 6 a seguir apresenta os DRS's do estado com suas respectivas cidades sede e Regiões de Saúde agregadas.

Quadro 6. Departamentos Regionais de Saúde (DRS's) do estado de São Paulo conforme Decreto Nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006.

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE	SIGLA	SEDE LOCORREGIONAL	REGIÕES DE SAÚDE
Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo	DRS I	Grande São Paulo	1.Alto do Tietê 2.Franco da Rocha 3.Grande ABC 4.Guarulhos 5.Mananciais 6.Rota dos Bandeirantes 7.São Paulo
Departamento Regional de Saúde de Araçatuba	DRS II	Araçatuba	1.Central 2. Consórcios 3. Lagos
Departamento Regional de Saúde de Araraquara	DRS III	Araraquara	1.Central 2.Centro Oeste 3.Coração 4. Norte
Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista	DRS IV	Baixada Santista	1.Baixada Santista
Departamento Regional de Saúde de Barretos	DRS V	Barretos	1.Barretos Norte 2.Barretos Sul

Continua...

⁵⁵ Um histórico da regionalização na área da saúde no estado está em Viana et al. (2010b).

Departamento Regional de Saúde de Bauru	DRS VI	Bauru	1.Avaré 2.Bauru 3.Jaú 4.Lins 5.Pólo Cuesta
Departamento Regional de Saúde “Doutor Leôncio de Souza Queiroz” de Campinas	DRS VII	Campinas	1.Bragança 2.Campinas 3.Jundiaí 4.Oeste VII
Departamento Regional de Saúde de Franca	DRS VIII	Franca	1. Alta Anhanguera 2. Alta Mogiana 3. Três Colinas
Departamento Regional de Saúde de Marília	DRS IX	Marília	1.Adamantina 2.Assis 3.Marília 4.Ourinhos 5.Tupã
Departamento Regional de Saúde de Piracicaba	DRS X	Piracicaba	1.Araras 2.Limeira 3.Piracicaba 4.Rio Claro
Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente	DRS XI	Presidente Prudente	1.Alta Paulista 2.Alta Sorocabana 3.Alto Capivari, 4.Extremo Oeste Paulista, 5.Pontal do Paranapanema.
Departamento Regional de Saúde de Registro	DRS XII	Registro	1.Vale do Ribeira
Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto	DRS XIII	Ribeirão Preto	1.Aqüífero Guarani 2.Horizonte Verde 3.Vale das Cachoeiras
Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista	DRS XIV	São João da Boa Vista	1.Baixada Mogiana 2.Mantiqueira 3.Rio Pardo
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto	DRS XV	São José do Rio Preto	1.Catanduva 2.Fernandópolis 3.Jales 4.José Bonifácio 5.Santa Fé do Sul 6.São José do Rio Preto 7.Votuporanga
Departamento Regional de Saúde de Sorocaba	DRS XVI	Sorocaba	1.Itapetininga 2.Itapeva 3.Sorocaba
Departamento Regional de Saúde de Taubaté	DRS XVII	Taubaté	1.Alto do Vale do Paraíba 2.Circuito da Fé-Vale Histórico 3.Litoral Norte 4.Região Serrana

Fonte: Elaboração própria a partir de SES/SP (2006) e Viana et al. (2010b).

Em 2007 o estado construiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) norteado pelo Pacto pela Vida. Esse PDR teve como tripé de ações fundamentais a definição de Regiões de Saúde, a instituição dos Colegiados de Gestão Regional e o diagnóstico de saúde da região.

Neste mesmo período foi elaborado o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (SES-SP, 2008a) que teve como eixo III a *Gestão da Educação e do Trabalho no SUS* que apresentava como primeiro objetivo o apoio técnico a Política de Educação Permanente em Saúde e neste sentido, tinha entre suas ações estratégicas a garantia da implementação da Política no estado por meio do Plano Estadual de Educação Permanente (SES-SP, 2008b).

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde constituído reitera as diretrizes da Portaria 1996/07 sendo proposto como um documento norteador para implementação da Política no estado (SES e COSEMS-SP, 2007).

Observamos que a partir do Decreto 7.508/2011 um novo arranjo administrativo está sendo implementado para a constituição das Redes de Atenção à Saúde⁵⁶ no estado. No entanto verificamos durante o trabalho de campo (03/2012 a 03/2013) que a implementação da nova estrutura era incipiente até o momento e que vigorava ainda a estrutura anterior à nova legislação. Diante desta constatação adotamos a configuração regional vigente no Plano Estadual de Saúde 2008–2011 (SES-SP, 2008a) e que foi subsídio para a implementação das novas diretrizes da PNEP no estado de SP.

Em 2006 o Decreto nº 51.433 que havia criado os DRS(s) também instituiu a criação nessas instâncias de Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), com dois núcleos: Núcleo de Qualificação e Humanização das Ações de Saúde (NQH) e Núcleo de Educação Permanente para o SUS (NEPS) (SES-SP, 2006) as quais tem papel central na implementação da PNEPS no estado (VIANA et al., 2010b).

Em 2009 foi discutida uma reconfiguração das 8 CIES constituídas que passaram a partir de então a corresponderem as 5 macrorregiões de saúde do estado (VIANA et al., 2010b) (Quadro 7) (Figura 1).

⁵⁶ Detalhes da nova proposta administrativa estão descritos adiante.

As Macrorregiões de Saúde compreendem “arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, de qualquer modalidade, com o objetivo de que elas organizem, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando desse modo a atenção à saúde das populações desses territórios” (BRASIL, 2006f, p. 23).

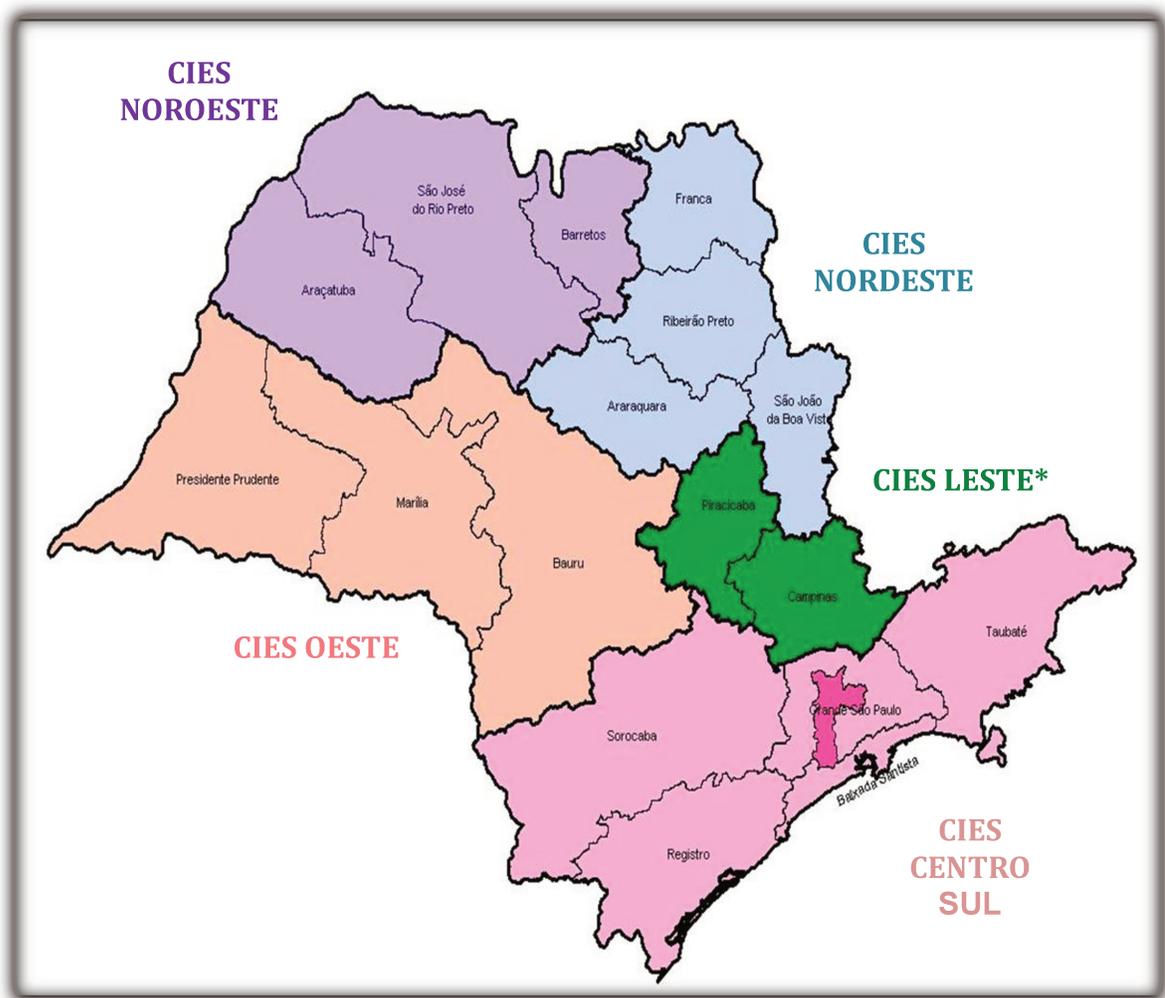
Quadro 7. Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e as instâncias que conformam a PNEPS no estado de São Paulo: Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS).

CIES/MACRORREGIÃO DE SAÚDE	DRS e CDQ*		CGR(s)
	SEDE	SIGLA	
CENTRO SUL	Baixada Santista	DRS IV	7
	Grande São Paulo	DRS I	1
	Registro	DRS XII	1
	Sorocaba	DRS XVI	3
	Taubaté	DRS XVII	4
LESTE	Campinas	DRS VII	4
	Piracicaba	DRS X	4
	São João da Boa Vista	DRS XIV	3
OESTE	Bauru	DRS VI	5
	Marília	DRS IX	5
	Presidente Prudente	DRS XI	5
NOROESTE	Araçatuba	DRS II	3
	Barretos	DRS V	2
	São José do Rio Preto	DRS XV	7
NORDESTE	Araraquara	DRS III	4
	Franca	DRS VIII	3
	Ribeirão Preto	DRS XIII	3

*Em cada DRS há um CDQ.

Elaboração própria a partir de Viana et al. (2010b).

Figura 1. Macrorregiões de Saúde do estado de SP e respectivas CIES, e cidades sedes dos DRS(s) (2009 a 2011).



*Embora São João da Boa Vista conste na CIES NORDESTE nesta ilustração, este município, sede do DRS XIV, pertence à Macrorregião de Saúde e CIES LESTE.

Fonte: a partir de SES-SP (2010).

4.1.2. FONTES E SUJEITOS

A pesquisa utilizou diversos documentos como fontes de informação tais como Portarias, Resoluções, Pareceres, Leis, Relatórios e Censos, e realizou entrevistas semiestruturadas com sujeitos-chave responsáveis pela gestão da PNEPS em SP. De acordo com Triviños (1995, p. 146) a entrevista semiestruturada 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, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes.

Foram inquiridos integrantes das instâncias já previstas pela Portaria 1996/07/MS a saber as Comissões de Integração Ensino-Serviço - CIES(s) que no estado de SP compreendem também os Departamentos Regionais de Saúde – DRS(s) e seus Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) e Núcleos de Educação Permanente (NEPS).

Buscou-se nas entrevistas realizadas, a obtenção de contatos de gestores integrantes dos CGR(s). Percebemos que a participação dos mesmos no que tange a EP é ainda em geral realizada via representação a qual também é frequentemente substituída. As dificuldades percebidas nos levou à decisão de não incluí-los entre os sujeitos participantes pois o estabelecimento desses contatos demandaria um trabalho inviável nesta pesquisa. Observamos no entanto que mesmo em outra oportunidade esses sujeitos devem ser inquiridos uma vez que integram a instância prevista como condutora da PNEPS.

No período de janeiro a março de 2013 estabelecemos contatos também com o Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos da SES/SP (GSDRH) que está alocado no Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOR) no município de São Paulo, no sentido de realizarmos uma entrevista com sua direção pois recebemos informações junto aos DRS(s) que o CEFOR também era uma instância que atuava nas questões de EP no estado. Estabelecendo contatos com o Grupo fomos esclarecidos que não é o CEFOR que atua em questões de EP mas sim o Grupo Bipartite para EP – composto por integrantes do estado e COSEMS (gestores municipais de saúde) e que integrantes do

GSDRH representavam o estado nessa instância. Fomos orientados a procurar a direção do GSDRH para mais informações. Embora tenhamos estabelecido contatos, antes de conseguirmos realizar a entrevista houve mudança na direção desse Grupo inviabilizando tal procedimento. Diante das circunstâncias entendemos que o contato com a nova direção e novo agendamento seria inviável para esta pesquisa por razões adversas e desta forma não contamos com a participação desses sujeitos neste estudo.

O roteiro completo das entrevistas está no Anexo IV. As questões abordadas foram:

1. Participação nos Pólos de Educação Permanente;
2. Participação em instância relativa a PNEPS desde 2007;
3. Função da instância que representa na implementação da Política;
4. Participação da instância no locorregião;
5. Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS);
6. Conquistas a partir da nova Portaria 1996/07;
7. Compreensão de EPS;
8. Contribuição das novas diretrizes da PNEP para EP do profissional da saúde;
9. Participação do setor público e do setor privado de saúde e de educação na PNEPS;
10. Impactos do Decreto 7.508 de 2011 na regionalização e na Política de EP.

Tivemos como meta entrevistar um representante de cada CIES do estado. Para os demais participantes (representantes de outros DRS's) foi encaminhado um questionário contendo as mesmas questões do roteiro de entrevista havendo mudança apenas na forma de apresentação do documento (Anexo V). A todos os sujeitos participantes foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) garantindo o sigilo de suas identidades em qualquer publicação dos resultados desta pesquisa (Anexo VI).

A amostra final de participantes foi composta a partir de seis (6) entrevistas sendo que em três (3) delas foram entrevistadas duas (2) pessoas, totalizando assim nove (9) sujeitos. A participação restante se deu através da resposta individual de cinco (5)

questionários. Desta forma o número total de participantes na pesquisa foi de quatorze (14) indivíduos.

Nas falas transcritas utilizou-se uma codificação aleatória para garantia do sigilo conforme TCLE. As seis (6) entrevistas estão codificadas em Entrevista 1, 2, 3, 4, 5, 6. Os cinco (5) questionários estão nominados como Questionário 1, 2, 3, 4, 5.

A relação dos sujeitos entrevistados e daqueles que responderam ao questionário está descrita no quadro 8 a seguir.

Quadro 8. Relação dos sujeitos participantes da Pesquisa.

CIES/ MACROREGIÃO DE SAÚDE	DRS		C G R (nº)	ENTREVISTA	QUESTIONÁRIO
CENTRO SUL	DRS IV DRS I	Baixada Santista Grande São Paulo	7 1 1	Direção do NEP e Direção Técnica do CDQ do DRS IV sede em Santos. (2)*	Direção Técnica III do CDQ do DRS I sede em São Paulo (1).
	DRS XII DRS XVI DRS XVII	Registro Sorocaba Taubaté	3 4		Direção Técnica I do CDQ do DRS XII sede em Registro. (1)
LESTE	DRS VII	Campinas	4	Direção do CDQ do DRS VII sede em Campinas. (1)	Direção do CDQ do DRS XIV sede em São João da Boa Vista. (1)
	DRS X	Piracicaba	4		
	DRS XIV	São João da Boa Vista	3		
OESTE	DRS VI	Bauru	5	Direção de EP e Direção do CDQ do DRS XI sede em Presidente Prudente. (2)*	Direção do CDQ do DRS IX sede em Marília. (1)
	DRS IX	Marília	5		
	DRS XI	Presidente Prudente	5		
NOROESTE	DRS II	Araçatuba	3	Direção Técnica do CDQ e NEP do DRS XV sede em São José do Rio Preto. (1)	Direção Técnica II do CDQ do DRS II sede em Araçatuba. (1)
	DRS V	Barretos	2		
	DRS XV	São José do Rio Preto	7		
NORDESTE	Araraquara	DRS III	4	Direção Técnica do DRS III sede em Araraquara. (1)	**
	Franca	DRS VIII	3		
	Ribeirão Preto	DRS XIII	3		

*Entrevista realizada em conjunto.

** Não houve devolução dos questionários por parte dos CDQ(s) e NEP(s) de Franca e de Ribeirão Preto.

Todas as CIES(s) tiveram representantes de CDQ (10), NEP (3) e DRS (1) nesta pesquisa. No entanto nem todos os 17 DRS(s) estão representados seja direta ou indiretamente via CDQ e/ou NEP pois não tiveram sujeitos entrevistados ou não retornaram os questionários encaminhados. Portanto 10 DRS participaram da pesquisa [5 via entrevista], [5 via questionário], conforme quadro 9.

Quadro 9. Departamentos Regionais de Saúde (DRS's) de SP participantes da pesquisa.

CIES/MACRORREGIÃO DE SAÚDE	DRS		INSTRUMENTO
	SEDE	SIGLA	
CENTRO SUL	Baixada Santista Grande São Paulo Registro	DRS IV DRS I DRS XII	ENTREVISTA QUESTIONÁRIO QUESTIONÁRIO
LESTE	Campinas São João da Boa Vista	DRS VII DRS XIV	ENTREVISTA QUESTIONÁRIO
OESTE	Marília Presidente Prudente	DRS IX DRS XI	QUESTIONÁRIO ENTREVISTA
NOROESTE	Araçatuba São José do Rio Preto	DRS II DRS XV	QUESTIONÁRIO ENTREVISTA
NORDESTE	Araraquara	DRS III	ENTREVISTA

DRS(s) não participantes (7): **V** (Barretos), **VI** (Bauru), **VIII** (Franca), **X** (Piracicaba), **XIII** (Ribeirão Preto), **XVI** (Sorocaba), **XVII** (Taubaté).

PERFIL DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

Gênero e idade

Dentre os 14 participantes a maioria (12) era do sexo feminino. A média de idade foi de 49 anos (variando de 35 a 62)⁵⁷.

Formação

A formação superior dos sujeitos é variável: Psicologia (3), Fonoaudiologia (2), Odontologia (2), Biologia (1), Ciências (1), Direito (1), Educação Física (1), Enfermagem (1), Letras (1), Nutrição (1).

A Pós-graduação já foi realizada pela maioria (13) sendo mais frequente a Especialização: Saúde Pública (6), Gestão em Saúde ou em Saúde Pública (5), Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (4), Administração Hospitalar e Sistema de Saúde (1), Educação em Saúde Pública (1), Enfermagem e obstetrícia (1), Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (1), Psicologia Clínica (1), Saúde da Família (1), Saúde Pública e Saúde da Família (1), Violência Doméstica contra a criança e o adolescente (1). Alguns também possuem Mestrado: Ciências da Saúde (1), Educação escolar (1), Odontologia (1), Educação e Saúde (1) [em curso]. Outro curso realizado foi o de Aperfeiçoamento de Formação de Facilitadores de Educação Permanente (4).

Atuação profissional

Procurou-se conhecer a atuação profissional desses profissionais a partir de 2004, ano de instituição da PNEPS. As funções mais frequentes no período foram: Direção Técnica de DRS (8) [Direção de DRS (4), Atenção Básica (1), Área de ações judiciais (1), de Recursos Humanos (1), de Serviço (1)], Direção de CDQ (6), Direção de NEP (3), Técnico de DRS (3). Outras atividades mencionadas: Docência (4), Psicologia (4),

⁵⁷ A média foi tirada entre 13 participantes pois em um dos questionários a idade não foi informada.

Assistência Técnica de DRS para o Controle social (1), Biologista de Centro de Vigilância Sanitária (1), Direção de Núcleo de Redes (1), Educador de Saúde Pública (1), Secretaria de DRS (1), Telefonista de DRS (1).

4.1.3. ANÁLISE: concepções norteadoras

Este estudo realizou uma análise do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de SP buscando percebê-la entre sua *intenção* e sua *ação*. Segundo Rein e Rabinovitz (1996, p. 147) “entre los insumos y los resultados de las acciones existe um terreno aún inexplorado: la cuestión de cómo se modifican las políticas a medida que se les traduce en lineamentos administrativos y se les lleva a la práctica”. Os autores consideram esse processo de *política de implementação*.

De acordo com Rus Perez (1998) embora o tema da implementação não seja consensual, “atualmente vige a ideia de que a política deve ser permanentemente acompanhada, implicando no monitoramento constante do processo” (RUS PEREZ, 1998, p. 67).

A análise das políticas é também discutida por Aguilar Villanueva (1996a, p. 83) que tem entre suas conclusões:

Hay que armar un análisis que pueda ser convincente a los que están interesados em resolver un problema, pero no porque fue confeccionado a la medida de los deseos, prejuicios y gustos de los demandantes o los gobernantes. Se trata de una actividad convincente de pedagogía pública, que a contraluz de los errores y extravíos de las decisiones públicas pasadas induce modificaciones en los deseos y las percepciones, en las expectativas y los instrumentos de la ciudadanía y gobierno. Por consiguiente, un análisis que puede transformar las relaciones sociales, instituciones, patrones culturales.

Entende-se portanto que analisar a implementação da política tem a perspectiva de dar subsídios para modificações necessárias para que o problema desencadeador da ação governamental seja de fato solucionado na sua totalidade ou em partes, o que é mais provável de acontecer. Como mecanismo dessa análise são propostos esquemas teóricos e marcos conceituais que balizem ou mesmo conduzam o *olhar* do avaliador. Segundo Rus

Perez (1998, p. 72) “modelos mais dinâmicos e processuais” consideram tanto a determinação externa, o contexto macro político, como as relações entre estruturas organizacionais, os recursos mobilizados e as características dos atores que são os agentes do processo, pois tais fatores interagem entre si e com a própria estratégia de implementação afetando os seus resultados.

Viana e Baptista (2008) ao discutirem a análise de políticas de saúde apontam que existem vários modelos que podem ser utilizados partindo em geral de uma concepção reconhecida de que a política compreende um conjunto de fases que conformam um “ciclo” que compreende: a entrada na agenda, a formulação da política, a tomada de decisão, a implementação e a avaliação. As autoras destacam que “é no momento da implementação que se descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa, e seus interesses” (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 78) iniciando assim um novo processo decisório e uma nova formulação da política.

Segundo Sabatier e Mazmanian (1996) a função da análise da implementação da política consiste na identificação dos fatores que levam ao alcance dos objetivos normativos ao longo do processo. Os autores entendem que tais fatores podem se dividir em três categorias de variáveis independentes:

- 1) Tratabilidade do ou dos problemas aos quais se dirige uma lei - cada problema tem soluções possíveis diferentes que podem ser mais ou menos complexas que outros;
- 2) Capacidade da lei em estruturar o processo de implementação da política – a estruturação se dá através da seleção das instituições responsáveis, da influência sobre funcionários e mediante a regulação das oportunidades de participação dos atores;
- 3) O efeito das diversas variáveis políticas no apoio aos objetivos legais – os resultados da implementação são efeitos da interação entre a estrutura legal e o processo político.

Essas questões norteiam nossa análise da PNEPS pois induzem uma reflexão sobre a própria lei e os dispositivos que tem para alcance de seus objetivos bem como os

desdobramentos que se dão junto ao processo político. Nesta perspectiva problematizamos as diretrizes da Política e a capacidade desta em estruturar o processo de implementação e de tratar do problema da educação dos trabalhadores da saúde.

4.2. ANTECEDENTES: da mudança de Pólos às CIES

Como já visto anteriormente⁵⁸ a instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) pela Portaria N° 198/GM/MS de 2004 foi precedida pela implementação em 1997 dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF) instituídos em vários estados do país (AL, BA, CE, DF, MT, MG, PR, PE, RJ, SC).

Depois da implantação desses primeiros Pólos-SF, houve a publicação de um novo edital em 1988 e a constituição de mais 10 Pólos. Um ano depois mais estados do Norte e Nordeste foram contemplados e até o fim de 2000 estavam em funcionamento 30 Pólos (CARVALHO et al., 2010).

No estado de SP foram instituídos 5 Pólos-SF: Pólo da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), Pólo de Santos, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa de Saúde da Família de Marília⁵⁹, de Ribeirão Preto e de Botucatu (VIANA et al., 2008, SILVA, 2009).

Viana et al. (2008) investigaram o processo de transição dos Pólos-SF para os PEPS em SP e verificaram que entre os coordenadores entrevistados na pesquisa, alguns conheciam a experiência anterior e reconheciam sua importância para o novo modelo, outros entendiam que não havia continuidade entre as propostas, e outros desconheciam a experiência pregressa. Os autores concluíram que essa transição dos Pólos no estado teve como “aspectos positivos o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e a compreensão de que os antigos Pólos foram embriões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde” (VIANA et al., 2008, p. 183). Os Pólos-SF tinham entre suas fragilidades: restrição na oferta de cursos, domínio das instituições de ensino superior em detrimento dos

⁵⁸ Capítulo III.

⁵⁹ Detalhes sobre as atividades deste Pólo-SF e sua transição posterior para PEP Oeste Paulista estão descritas num relatório publicado pela Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, 2013.

demais participantes, capacitação restrita a algumas categorias profissionais (VIANA et al., 2008). Esses pontos não foram identificados apenas em SP mas na avaliação desse Pólos em geral, conforme já visto⁶⁰.

Estudos⁶¹ mostraram que em geral houve uma ruptura na transição dos Pólos - SF para os PEPS. Gerschman e Schott (2010) entendem que a fragmentação foi um eixo desorganizador do processo pois a transição dos Pólos-SF para a Política (PEPS) não foi planejada e imprimiu uma descontinuidade que pode ter tido êxito em alguns casos mas resultou em perdas e desgastes em outros.

Em dezembro de 2003, antes mesmo da Portaria 198 de fevereiro de 2004 do MS, a CIB de SP aprovou a implantação de 8 PEPS conforme Deliberação 88/2003. Observamos que neste período o estado ainda não estava dividido em 17 DRS os quais foram instituídos apenas a partir de 2006, conforme estabelecido pelo Decreto Nº 51.433 de 28 de dezembro deste ano (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/SP, 2006). Desde 1994 vigorava a configuração das 24 Direções Regionais de Saúde (DIRES) (Viana et al., 2010b). Desta forma os 8 PEPS criados apresentavam a seguinte conformação regional:

OESTE PAULISTA: (Marília, Assis, Presidente Prudente);

NOROESTE PAULISTA: (São José do Rio Preto, Araçatuba, Barretos);

SUDOESTE PAULISTA: (Bauru, Botucatu, Registro, Sorocaba);

NORDESTE PAULISTA: (Ribeirão Preto, Araraquara, Franca);

LESTE PAULISTA: (Campinas, Piracicaba, São João da Boa Vista);

BAIXADA SANTISTA: (Santos);

VALE DO PARAÍBA: (São José dos Campos e Taubaté)

GRANDE SÃO PAULO: (São Paulo, Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha, Osasco).

⁶⁰ Capítulo III Tópico 1. A EPS na agenda política.

⁶¹ Brasil (2002b), Consórcio de Medicina/USP (2008), Gerschman e Schott (2010), Nepp (2002), Souza et al. (2002), Schott (2008), Pierantoni e Viana (2010).

Quanto ao modelo PEPS em SP, Viana et al. (2008) identificaram aspectos positivos como a maior diversidade de atores, atividades criadas a partir da demanda dos participantes, gestão colegiada, maior participação dos municípios, ampliação das categorias profissionais beneficiadas. Os aspectos negativos dizem respeito mais às dificuldades de operacionalização da Portaria 198/2004 tais como: baixa participação dos usuários, trabalhadores da saúde e estudantes; dificuldade de financiamento; desarticulação dos Pólos.

A partir de 2007, com a instituição das novas diretrizes da Política através da Portaria 1996, decidiu-se que oito (8) CIES substituiriam os oito (8) Pólos de Educação Permanente de SP mantendo o arranjo locorregional já existente conforme Deliberação CIB 198 de 2007.

No Estado de São Paulo, para os recursos financeiros de 2007, conforme Plano Estadual de EP em saúde aprovado na Bipartite e Tripartite ficam constituídas oito CIES, mantendo-se a mesma configuração dos oito antigos Pólos (SES e COSEMS/SP, 2007).

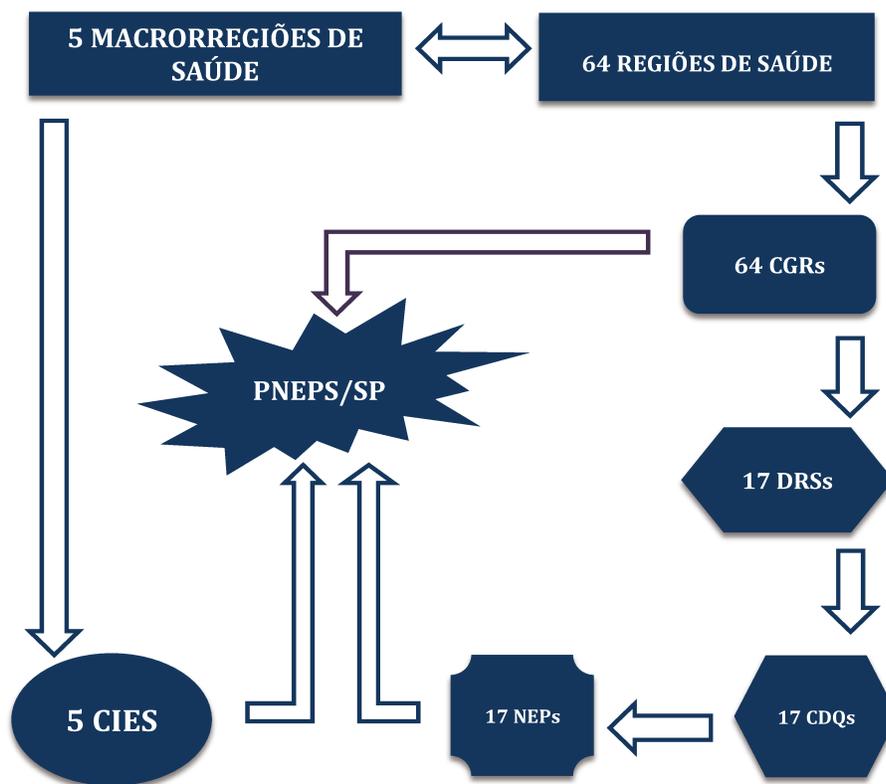
Em 2006 o Decreto nº 51.433 que havia criado os DRS(s) também instituiu a criação nessas instâncias de Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), com dois núcleos: Núcleo de Qualificação e Humanização das Ações de Saúde (NQH) e Núcleo de Educação Permanente para o SUS (NEPS) (SES-SP, 2006).

Os CDQ(s) haviam sido criados para fortalecer a Educação Permanente em Saúde em SP e tiveram papel fundamental na implementação da PNEPS pois tinham maior interlocução com os CGR(s) assumindo um papel de articulador regional (VIANA et al., 2010b).

Neste cenário o papel das CIES(s) instituídas passou a ser repensado levando a uma reorganização dessas estruturas no ano de 2009 numa oficina coordenada pelo Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOR) (CEFOR, 2011). A partir de então, as oito 8 CIES existentes (correspondentes aos antigos PEPS) foram reduzidas a cinco (5) correspondendo agora às cinco (5) macrorregiões de saúde de SP no sentido de facilitar a inclusão regional e incentivar uma função articuladora da integração ensino e serviço a

partir de um nível mais abrangente (VIANA et al., 2010b). A nova configuração das CIES(s) em SP foi descrita no quadro 6. A relação das instâncias da PNEP no estado está descrita na figura 2.

Figura 2. Instâncias que conformam a PNEPS no estado de São Paulo (2008-2012).



CDQs: Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS; **CIES:** Comissões de Integração Ensino-Serviço; **CGRs:** Colegiados de Gestão Regional; **DRSs:** Departamentos Regionais de Saúde; **NEPs:** Núcleos de Educação Permanente; **PNEP/SP:** Política Nacional de Educação Permanente em SP.

Fonte: elaboração própria.

PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA NOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE SP

Dentre os 14 sujeitos desta pesquisa, nove (9) deles haviam participado dos PEPS: Oeste (3), Leste (2), Baixada Santista (1), Nordeste (1), Noroeste (1), Sudoeste (1). Os demais (5) declararam não terem vivenciado essa experiência anterior.

Sobre a transição dos PEPS para CIES, a maioria considera como positiva principalmente pelo fato de ter incluído mais os gestores e ter uma discussão mais regional, mais próxima das necessidades dos municípios e menos voltada para formação e cursos. No entanto a participação dos atores ainda é um dos desafios, como será discutido adiante.

Que a gente, na região, a gente consegue puxar essas pessoas, se for um grandão, a gente acaba não conseguindo puxar. Então, a estrutura CIES, essa CIES, eu estou partindo dessa análise que foi definido lá atrás, é claro que eu estou vendo que, na verdade, isso não se configurou, ficou nada operacional, não é? Muito grande! (ENTREVISTA 2).

Eu acho que o Pólo de Educação Permanente era um espaço que, na verdade, servia a interesses dos formadores, embora a configuração dele fosse o quadrilátero, não é? O quadrilátero, ele era muito pouco atuante e representativo, não é? As instituições que a gente pegou eram, na verdade, detinham pra questão do momento, não é? O momento era aquilo, então a demanda que chegava ao Pólo era demanda de formação de curso de especialização e saúde da família, começou com o Pólo Educação e Saúde da Família, o Pólo da Educação Permanente, eu peguei muito essa discussão de o que é educação permanente, o que é uma qualificação, o que é uma capacitação, o que é um curso, uma educação continuada, o que é uma educação permanente [...] (ENTREVISTA 4).

4.3. CIES, CDQS e NEPS: novos *textos e recontextualizações*

Como visto em Viana et al. (2010b), os CDQS tiveram papel fundamental na implementação da PNEPS em SP dado o papel de articulador regional que já possuíam com os CGR(s).

Conforme Decreto nº 51.433 de dezembro de 2006 são atribuições dos CDQS:

- I - oferecer na sua área de atuação, cursos de capacitação específica para o desenvolvimento profissional;
- II - proceder ao acompanhamento de programas de estágios, aprimoramento profissional para trabalhadores de saúde e estágios para estudantes no âmbito do SUS;
- III - realizar o trabalho em integração com a Coordenadoria de Recursos Humanos, com vistas ao desenvolvimento de alternativas de formação profissional na área da saúde (SES-SP, 2006).

Atribuições através dos NEPS:

- a) contribuir para o desenvolvimento dos programas de formação e desenvolvimento dos recursos humanos do SUS Regional;
- b) desenvolver programas de capacitação em saúde, com foco na relação saúde/trabalho;
- c) estimular e assessorar o desenvolvimento de programas de educação continuada e treinamento das equipes de saúde dos municípios;
- d) manter programas permanentes de formação de profissionais do SUS;
- e) manter programas de formação de usuários para o desempenho do controle social do SUS (SES-SP, 2006).

Percebe-se que de fato o estado de SP criou uma instância própria na estrutura administrativa responsável pela formação e educação continuada na área da saúde no âmbito do SUS não previstas na Portaria 198/2004 e que também não foram instituídas posteriormente pela Portaria 1996/2007.

Mesmo que não houvesse mudanças nas diretrizes nacionais da PNEPS, as ações de EP na área da saúde em SP estariam a partir de 2007 sob responsabilidade direta ou indireta das instâncias estaduais competentes, CDQ(s) e NEP(s,) ao menos na locorregião de cada DRS. Essa estrutura não impediu que o estado mantivesse a estrutura macrorregional dos Pólos de EP e instituisse as CIES(s) conforme previsto pela Política. Houve uma

mobilização da SES e COSEMS/SP para que as diretrizes nacionais fossem implementadas (SES e COSEMS-SP, 2007).

A reestruturação das CIES(s) de SP em 2009 resultou de um diagnóstico de que esta instância não tinha ainda conseguido assumir o papel previsto na Portaria 1996/2007 pois as funções eram desempenhadas pelos CDQ(s) e NEP(s) como a cooperação técnica aos CGR(s)⁶².

A partir das falas dos participantes e análise documental se percebe que passados três anos desde a nova configuração, as CIES(s) de SP ainda não estão consolidadas enquanto 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 (BRASIL, 2007b, p. 13).

[**SOBRE A CIES**] [...] eu fico pensando, às vezes ela esgota nela mesma, porque às vezes ela tem tanta potência, mas ela não tem onde dar vazão, porque por mais que a gente tente articular tudo isso, o trabalhador que vai lá, o gestor que vai lá, como você passa para outro espaço, é uma outra configuração, não é? É um outro cenário que se aponta, que se dá, que você tem que fazer uma outra articulação, mas é um espaço que a gente defende que a gente entende que é espaço para essa ação permanente, é um espaço fundamental e primordial, e eu acho que os CDQ(s) também teve um amadurecimento nesse sentido também, de entender o espaço do ser como! [...] Mas, assim, a CIES, [...], acho que a todo momento ela tem que estar sempre se olhando e tentando ver e puxar o gás de novo, reaquietando para alguma outra tarefa, um outro desafio, não é? Para não dar esse esgotamento por si só (ENTREVISTA 6/representante do NEP).

Na Ata de uma Reunião da **CIES Centro Sul** realizada em 06\06\2011 consta uma discussão no sentido dessa instância no contexto da Política no estado e as dificuldades para sua efetivação até aquela época (FUNDAP, 2012). Dentre as conclusões desta discussão estão:

O espaço está legitimado pelos CDQS e municípios e deve ser mantido. Quanto à composição está esvaziada – não existe a participação de trabalhadores, movimentos sociais e instituições de ensino / Universidades.

⁶² A pesquisa sobre a constituição das CIES no estado de SP descrita por Viana et al. (2010b) coletou os dados também no ano 2009 mas em período anterior à adoção da nova configuração.

Há dúvidas quanto ao papel das CIES que muitas vezes se confunde com o papel dos CDQS [...].

A articulação da instância dos NEPS diminuiu a responsabilidade das CIES.

Tem sido um espaço mais informativo com poucos avanços na perspectiva do proposto pela Portaria, percebendo-se que parte das ações das CIES estão se operacionalizando em alguns NEPS, apontando para um movimento descentralizado, ascendente, valorizando os processos regionais (FUNDAP, 2012).

No período de realização da entrevista no DRS IV (Baixada Santista), dezembro de 2012, foi informado que a CIES Centro Sul estava realizando reuniões mensais com presença de representantes dos CDQ(s), NEP e Humanização⁶³ de cada DRS. Os encontros eram frequentemente em São Paulo ou a distância por vídeo conferência. A realização de reuniões periódicas pode ser indício de um esforço para manutenção desta CIES.

Percebe-se que até mesmo na designação das CIES(s) há dificuldades em identificá-las com a configuração vigente. A Centro Sul, por exemplo, é geralmente citada como “CIES da Grande São Paulo” referindo-se à estrutura anterior.

Outras falas também apontam dificuldades na constituição e funcionamento das CIES(s) como a **Leste**.

[...] ainda não temos uma CIES devidamente formada. Estamos no atual momento discutindo a implantação da CIES [...] (QUESTIONÁRIO 3).

[...] trabalhamos um pouco numa minuta de um regimento pra trabalhar essa reorganização da CIES. Ao construir essa minuta, a gente também refletiu um pouco do papel da CIES, não é? Porque, assim você retoma toda a portaria, você retoma todo o movimento que foi constituído [...] Então a gente trabalhou nessa minuta, pensando e aí, assim, que atores são indispensáveis pra gente retomar esse processo [...] a gente já está nessa condução [...] (ENTREVISTA 5).

Mesmo com dificuldades em sua constituição e funcionamento houve menção de realização de reuniões da CIES Leste tanto entre os NEPS(s) dos três (3) DRS(s) integrantes quanto de representantes dos NEP(s) com cada CGR.

⁶³ É frequente a menção do “pessoal da humanização” ou apenas “humanização” pelos sujeitos. Esta referência diz respeito ao Núcleo de Qualificação e Humanização das Ações de Saúde (NQH) que compõe os CDQ(s) juntamente com os NEP(s) em SP.

Na **CIES Oeste** formada por três (3) DRS há informação da ocorrência de reuniões três vezes ao ano, a cada quatro (4) meses em que comparecem representantes dentre os 15 CGR(s) integrantes. Nesses encontros são compartilhados as atividades de EP de cada DRS, discutidos os projetos elaborados emitindo a declaração necessária de aprovação.

A **CIES Nordeste** realiza reuniões mensais e tem contado com a participação não apenas de seus DRS(s) (III, VIII e XIII) mas também com o DRS V (Barretos) pois já há um vínculo regional dos mesmos no âmbito das ações de Humanização. Nesta instância a vivência pregressa do Pólo Nordeste Paulista parece ter tido maior continuidade pois há indicação de que havia uma parceria mais consolidada entre as instituições participantes.

E as universidades tinham esse papel preponderante de serem parceiros nossos, de estarem juntos, a ponto de a gente ter um grupo de pesquisa constituído a partir desse viés, [...], eu queria destacar muito isso, assim, [...] o Pólo Nordeste Paulista, ele evoluiu pra CIES de uma forma muito gratificante e muito intensa (ENTREVISTA 4).

[**SOBRE A TRANSIÇÃO**] Muito positiva, muito positiva, extremamente positiva, não é? [...] o espaço da CIES é um espaço de reflexão dessas propostas e estratégias que tem sido muito valioso até para a nossa própria formação, não é? (ENTREVISTA 4).

A **CIES Noroeste** também realizava, à época da entrevista, março de 2012, reuniões mensais no DRS XV com representantes dos CGR (s), e alguma participação de controle social, Instituições de Ensino Técnico e Superior, Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Embora ainda se perceba um movimento para fortalecer a configuração das CIES(s) há diferentes rearranjos na estrutura administrativa no estado no sentido de viabilizar a implementação da Política. No DRS III houve a criação do NIES (Núcleo de Integração Ensino Serviço) com representação dos municípios e da gestão estadual e que também integra a CIES correspondente, Nordeste. No DRS IV há um NEP do CGR que integra representantes dos municípios e também a expectativa que sejam criados NEP(s) municipais. No DRS VII foram constituídos um (1) NEP para cada CGR e também o incentivo para criação dos NEP(s) municipais. O DRS XI constituiu para cada CGR um

NEPH (Núcleo de Educação Permanente e Humanização) que articula com o NEP de seu CDQ. Em todos os casos analisados, a atuação dos CDQS e NEPS é central para a PNEPS no estado de SP. É possível que estratégias semelhantes também estejam sendo empregadas nos demais DRS (s) do estado não participantes desta pesquisa.

As Políticas e mesmo as transformações pelas quais uma mesma proposta vai sofrendo no seu processo de implementação são coerentes com a concepção de política adotada por Ball (2002, p. 20), “não são objetos mas processos e resultados”. O autor utiliza uma perspectiva de *ciclo de políticas*, em que o “processo de formulação de políticas é considerado como um ciclo contínuo, no qual as políticas são formuladas e recriadas” (MAINARDES et al, 2011, p. 157)⁶⁴.

Ball faz uma análise das políticas enquanto *textos* e *discursos* que passam por diferentes *níveis* (do macro ao micro) e produzem *efeitos* (de 1ª e de 2ª ordem) que variam dependendo dos *contextos* (influência, produção do texto, prática, estratégias e resultados) e sofrem processos de *recontextualização* e *hibridização*⁶⁵.

As Portarias e todo arcabouço legal e teórico que fundamentam e estruturam uma Política conformam o *texto*.

Los textos son el producto de compromisos en varias etapas (en el momento de la influencia inicial, en las micropolíticas de la formulación legislativa, en el proceso parlamentario y en las políticas e micropolíticas de los grupos de interés) (BALL, 2002, p. 21).

E nesta condição, as políticas não são “fechadas” para reinterpretações por parte de seus leitores e, dependendo de quem são esses atores o seu significado também vai mudando.

⁶⁴ Mainardes et al. (2011, p. 155) observa que o campo de análise de políticas tem em seu debate mais atual buscado incluir as contribuições das diferentes perspectivas (materialismo histórico e dialético, teorias estruturalistas, pós-estruturalistas, pluralistas e outras) no sentido de “iluminar o desenvolvimento das políticas” em diferentes contextos. O autor chama atenção que as proposições analíticas tendem a sofrer alterações pelos próprios autores, até no sentido de aperfeiçoá-las, e que mesmo Ball não escreve mais sobre o ciclo de políticas pois já o pensa de uma maneira diferente.

⁶⁵ Uma articulação dessas categorias empregadas por Ball para análise da PNEPS está proposta no ANEXO VII. Algumas categorias serão abordadas ao longo da análise.

Os textos são produtos de múltiplas influências e agendas e sua formulação envolve intenções e negociação dentro do Estado e dentro do processo de formulação da política. Nesse processo, apenas algumas influências e agendas são reconhecidas como legítimas e apenas algumas vozes são ouvidas (MAINARDES, 2006, p. 53).

Percebemos que o interesse em ter a regionalização como eixo na gestão da saúde, como detalhado no Pacto pela Saúde⁶⁶, um *discurso*⁶⁷ adotado pelo MS, por exemplo, norteia cada vez mais a PNEPS. Por outro lado, as diretrizes propostas não são cabalmente efetivadas, passam por releituras pessoais, locais que conformam uma conjuntura, um cenário.

Las políticas plantean problemas a sus materias, que deben ser resueltos en el contexto [...] El punto es que no podemos predecir o asumir como ellos podrían ser influidos em cada caso, en cada escenario, qué efectos inmediatos tendrá, o qué espacio de maniobra encontrarán los actores (BALL, 2002, p. 23).

A política como discurso estabelece limites sobre o que é permitido pensar e tem o efeito de distribuir “vozes”, uma vez que somente algumas vozes serão ouvidas como legítimas e investidas de autoridade (MAINARDES, 2006, p. 54).

As novas diretrizes da Portaria 1996/07 que partem do nível federal (*macro*) encontraram em SP e seus municípios (*nível micro*) um cenário específico em que o estado já tinha uma instância, (CDQS), responsável pela educação dos trabalhadores do SUS, e por isso as CIES deixam de ter nesse ambiente, o *contexto da prática*, a centralidade para a Política que teria em outros lugares da federação. Notamos ainda que a gestão estadual e regional poderia ser considerada o nível *meso* pelo qual passa a Política até chegar aos serviços de saúde, nível *micro*, onde se efetivam as ações de EP.

Observamos que mesmo havendo dificuldades na consolidação das CIES no estado, a nova concepção da Política tem chegado aos sujeitos envolvidos, aos atores do processo de implementação da PNEPS embora vá ganhando contornos distintos. A Política não cai num vazio social ou institucional em direção à prática, ela encontra sedimentos políticos pois os *textos*, os leitores e os *contextos* todos tem histórias (BALL, 2002). E quanto a EP

⁶⁶ O Pacto pela Saúde está apresentado no Cap. III. A regionalização é diretriz central para a gestão em saúde e fundamenta a Portaria 1996/2007 que institui as diretrizes da PNEPS.

⁶⁷ Ball emprega a noção de *discurso* baseada em Foucault (1981). Indicamos a referência traduzida para o português: Foucault (1988).

em saúde são recentes as experiências dos Pólos-SF e em seguida dos PEPS que antecederam a proposta das CIES além dos arranjos próprios do estado⁶⁸ que vão se sobrepondo e deixando suas marcas, criando uma sedimentação sobre a qual incidem as novas políticas, os programas e diversas ações do MS, da SES e das SMS.

De acordo com Lopes (2005, p. 53) a ideia de *recontextualização*⁶⁹ parece ser produtiva para o “entendimento das reinterpretações que sofrem os diferentes textos na sua circulação pelo meio educacional” principalmente para análise de políticas educacionais devido à busca constante pela relação macro e micro, “das influências internacionais às práticas escolares”, contextos sempre sujeitos aos processos de “recontextualização” (LOPES, 2005, p. 56). Em nosso estudo nos apropriamos dessa categoria, mesmo que sem a fundamentação necessária, mas por entendermos que há *recontextualização* da PNEPS quando sai da esfera federal para os estados e municípios e que resulta num outro modelo, ou seja, uma proposta de certa forma *hibridizada* ou híbrida (CANCLINI, 1998)⁷⁰.

Em Bernstein (1996) entendemos que o *discurso* quando sai do contexto de produção (primário) passa para o contexto de reprodução (secundário) e neste movimento o texto é apropriado por *agentes recontextualizadores* (departamentos, agências, publicações, outros) que deslocam o texto e depois o relocalam num processo que assegura que ele não seja mais o mesmo. O novo posicionamento ideológico do texto em seu “processo de relocação em um ou mais níveis do campo de reprodução” é regulado pelo princípio da *descontextualização* (BERNSTEIN, 1996, p. 91).

⁶⁸ Em outra oportunidade, na análise da PNEPS no estado do RJ (SCHOTT, 2008), utilizamos o referencial do neo-institucionalismo histórico (IMMERGUT, 1998) para discussão do papel das instituições na Política bem como dos interesses e poder dos atores, categoria também presente nas considerações de Ball (2002) e central na discussão de Lindblom (1981) sobre a decisão política.

⁶⁹ Categoria estruturalista formulada por Bernstein (1996,1998) o qual considera que “os textos assinados ou não pela esfera oficial, são fragmentados ao circularem no corpo social da educação, alguns fragmentos são mais valorizados em detrimento de outros e são associados a outros fragmentos de textos capazes de ressignificá-los e refocalizá-los” (LOPES, 2005, p. 54).

⁷⁰ Estabelecer um aprofundamento e a relação dessas categorias extrapola aos limites desta análise mas Lopes (2005) adverte que embora Canclini não deixe de situar que uma “teoria crítica da hibridização precisa não apenas descrever as novas mesclas formadas, mas entender o processo de hibridização, identificando o que não quer e o que não pode ser hibridizado” (p. 58) há um risco de assumir uma perspectiva “celebratória do hibridismo” (p. 59).

Ball (2002b) aponta que a *recontextualização* também é inerente às políticas e propostas que são adotadas por *influência internacional* seja pela difusão de ideias sob os auspícios da globalização ou por um entendimento de que alguns planos internacionais sejam soluções prontas para problemas locais. E neste sentido vale lembrar o papel da OPAS na difusão da EP como instrumento para transformação das práticas em saúde melhorando os serviços, como já discutido anteriormente. Como adverte o autor, as políticas educacionais ao serem ligadas a contextos nacionais e culturais diferentes são por eles mesmos afetadas, influídas e até invalidadas e conclui:

[...] El análisis de las políticas requiere una comprensión que no este basada em lo genérico o local, en las restricciones o las agencias de máximo o de mínimo nivel, sino em las relaciones cambiantes entre todos estos actores y su interpenetración mutua (BALL, 2002b, p. 123).

Dada esta complexidade em se colocar uma Política em prática é que Ball chega a rejeitar o uso do verbo implementar. Para o autor, uma Política não se movimenta em direção à prática de uma maneira linear pois para que aquele *texto* produzido ganhe vida se requer um esforço dos diferentes atores envolvidos os quais vão também interpretá-lo de diversas maneiras.

O processo de traduzir políticas em práticas é extremamente complexo; é uma alternância entre modalidades. A modalidade primária é textual, pois as políticas são escritas, enquanto que a prática é ação, inclui o fazer coisas. Assim, a pessoa que põe em prática as políticas tem que converter/transformar essas duas modalidades, entre a modalidade da palavra escrita e a da ação, e isto é algo difícil e desafiador de se fazer. E o que isto envolve é um processo de *atuação*, a efetivação da política na prática e através da prática [...] A prática é composta de muito mais do que a soma de uma gama de políticas e é tipicamente investida de valores locais e pessoais e, como tal, envolve a resolução de, ou luta com, expectativas e requisitos contraditórios – acordos e ajustes secundários fazem-se necessários (BALL, 2009, apud MAINARDES e MARCONDES, 2009, p. 305).

Para Lindblom (1981) a implicação dos sujeitos ao longo do processo de implementação e que modifica a Política os torna também participantes de sua elaboração e não simples “implementadores”. Para o autor esses atores são os técnicos da burocracia governamental que no caso desta análise da PNEPS em SP seriam os sujeitos das SES, dos DRS(s), CDQ(s), NEP(s), CGR(s), CIES(s) e CIB. Chama a atenção que a condução de um tema, ou do *texto* político, por tantas instâncias pode gerar obstáculos de tal ordem que a

Política fique de alguma forma “retida” neste nível (*meso*) e não chegue ao seu destino final, os trabalhadores da saúde. No caso em estudo, por exemplo, é percebido que a Política transita muito entre os atores dessa “burocracia” em ações de esclarecimento, convites, planejamentos, e provavelmente menos entre os trabalhadores que estão nos serviços de saúde. Observamos, no entanto, que não tivemos contato com esses sujeitos nem mesmo de uma amostra representativa dos recursos humanos no estado mas a partir de toda a análise inferimos que a PNEPS nesses espaços ainda se configura em experiências pontuais. Sobre a participação nas CIES(s) ainda nos deteremos adiante.

Na perspectiva de Sabatier e Mazmanian (1996) o processo de implementação pode em alguma medida ser estruturado pela própria lei ou decisão política através da escolha das instituições responsáveis, da influência sobre funcionários e mediante a regulação das oportunidades de participação dos atores. Desde essa visão, as novas diretrizes da PNEPS, dadas pela Portaria 1996/07, elegeram o CGR como protagonista assessorado pelas CIES(s). Se já havia dificuldades para operacionalização da Política apenas com a estrutura Pólo, substituída pela CIES, a inclusão de um novo ator e com maiores poderes sobre a Política, o CGR, não parece ser justificada uma vez que esta instância já tem várias outras atribuições na saúde para além da EP. Indícios desse possível equívoco estão no fato de ser ainda bem incipiente a participação dos gestores nos assuntos relativos a PNEPS como discutido a seguir.

4.4. PARTICIPAÇÃO: manutenção do quadrilátero

De acordo com a Portaria 1996/07 as CIES também são colegiadas devendo ser constituídas não apenas pelas instituições de ensino mas também pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal; gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007b). Por esta configuração interinstitucional e intersetorial é que a CIES substitui o PEPS (Quadro 10).

Quadro 10. Participantes dos Pólos e CIES no âmbito da PNEPS (2004/2007).

PARTICIPANTE	PÓLO (Portaria Nº 198/GM/MS/2004)	CIES (Portaria 1996/GM/MS/2007)
GESTORES	gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;	gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal além de gestores da educação e/ou representantes;
INSTITUIÇÃO DE ENSINO	instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde;	instituições de ensino com cursos na área da saúde;
TRABALHADORES	trabalhadores de saúde, estudantes da área da saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde;	trabalhadores do SUS e/ou entidades representativas;
CONTROLE SOCIAL	movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.	movimentos sociais ligados ao controle social no SUS.

Fonte: elaboração própria a partir de Brasil (2004) e Brasil (2007b).

Podemos dizer que a composição dos Pólos e posteriormente das CIES atende aos eixos do quadrilátero da formação para área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social) proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42) como uma resposta a formação dos profissionais de saúde do país que permanecia “alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro”.

Esses eixos foram adotados como fundamentos da Política de EP quando aprovada ainda em 2003 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) procurando atender às recomendações da NOB/RH-SUS (Brasil, 2005b).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Ao se colocar em evidência a

formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. (BRASIL, 2004c, p. 9).

NOB/RH-SUS, da *Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS*:

Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS, com base em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação (Brasil, 2005b, p. 58).

Observamos que embora a PNEPS mantenha a diversidade do quadrilátero em suas diretrizes, a participação nas CIES herdou em certa medida as dificuldades existentes nos Pólos. Em SP é central a participação dos DRS(s) através de cada CDQS e NEPS e embora haja instituições de ensino e algum gestor da saúde ou representante, há grande dificuldade para inserção dos representantes previstos pela Política.

Então, de pensar quem são essas instituições formadoras, quem são os atores, então o próprio controle social, os próprios gestores, os representantes dos núcleos de educação permanente, que, na verdade, são trabalhadores, [...] a gente teria a representação de trabalhadores via núcleo de educação permanente, as instituições formadoras e os alunos, representantes de Centros Acadêmicos [...] Então a gente está nesse processo, tá? [...] Nisso, a gente também tentou identificar que município poderia identificar que conselho nós teríamos a representação do usuário, tá? E aí a gente já se colocou pra ir aos conselhos fazer a discussão da CIES e tirar esse representante, então isso também já está dado, amanhã eu tenho a reunião do meu núcleo de educação permanente, do NEP, onde eu vou tirar a representação dos trabalhadores e isso está acontecendo nas outras [...] duas regiões de saúde, tá? E aí as instituições formadoras, a gente já mapeou quais nós temos na região e vamos tentar fazer os convites pensando assim que os municípios também já têm uma parceria em cima do serviço, então a gente também aproveitaria o município e as suas parcerias pra poder vir para a CIES, isso num primeiro movimento, tá? De retomada (ENTREVISTA 5).

Eu acho que a gente, às vezes, chega num esgotamento de participação, porque aquilo de fato tem sentido para as pessoas, elas estão tão implicadas, assim, na implementação dessa política, então a gente tem lá o nosso quadrilátero, a gente tem o nosso seguimento composto, com exceção do usuário, que está muito apartado do movimento, mas as instituições vão, os trabalhadores, os gestores, não é? Mas a gente, assim, eu acho que falta [...] a gente fazer alguma coisa pra

reaquecer esse movimento. Eu acho que esse movimento, ele teve um ápice e uma queda, em que a gente tentou, com muito esforço mesmo pessoal, porque quando o Pólo estava no limbo, não existia mais, a gente manteve a nossa meta regional, eu acho que isso também foi importante, depois a gente conseguiu voltar no grupo da CIES com algumas pessoas que eram do Pólo, isso também foi legal. Eu não era do Pólo [...] mas a gente tem lá pessoas que eram do Pólo (ENTREVISTA 6).

4.4.1. Gestores

Mesmo que alguns considerem que de certa forma haja maior participação dos gestores nas CIES do que havia nos Pólos, muitas vezes ela se dá por representação e principalmente porque na nova diretriz da Política o CGR, formado pelos gestores municipais de saúde e representantes dos gestores estaduais, é o responsável pela condução regional da PNEPS. Desta forma mesmo que alguns apontem uma alta participação dos gestores, outros reconhecem que essa participação de fato é inviável e por isso se dá muito mais via representação. Outra questão é que sendo os CGR(s) compostos por gestores de vários municípios, geralmente para cada CGR há um ou outro gestor ou seu representante que se envolve mais diretamente com as questões da EP. Em alguns DRS(s) esses participantes são chamados de “articuladores” de EP e técnicos.

Porque muitas vezes até o técnico que vem nas nossas reuniões, ele não é um técnico voltado pra educação, é uma indicação do gestor, ele cumpre a indicação dele, então ele indica pessoas do contato dele, que a pessoa tenha algum conhecimento na área técnica, mas não necessariamente na educação. [...] Às vezes, gosta do assunto, está disposto a participar [...] Porque o nosso grupo é um grupo até muito bom, eu acho, eles participam ativamente, eles estão sempre aqui, eles discutem realmente com a gente as propostas, então isso deixa a gente bem tranquila, mas, assim, eles acumulam função, não é? Imagina um coordenador de Atenção Básica que está nessa função por indicação do gestor, então eles não são, realmente, funcionários exclusivos de educação e saúde pública (ENTREVISTA 1).

Não, alguns são gestores, outros, se o gestor não vai, ele indica alguém. [...] Normalmente, um técnico da confiança dele ou alguém da secretaria. Mas tem gestor que o gestor, gestor, não é o membro, ele indica alguém, não é? [...] Médico que é mais difícil, não é? Quando o gestor é médico! Médico não tem tempo, então ele indica um. O interesse dele é público. Ué, mas é verdade, ele não vai participar de uma roda de NEP, ele não tem tempo nem para o Colegiado, às vezes (ENTREVISTA 2).

Então, eu vejo que ainda falta um certo encantamento, não é? [...] de como a educação permanente pode de fato qualificar a gestão, tá? Então nós temos vários municípios que apostam nisso e você vê um protagonismo grande, assim, numa gestão participativa, você acaba formando um coletivo, não é? Pra você identificar até a necessidade de processos formativos mesmo, então eu não posso dizer que, na região, todos os municípios [...] trabalham nessa lógica, tá? Mas eu vejo que, enfim, ainda falta, falta ainda toda essa discussão, eu acho que essa valorização mesmo da educação permanente, não é? Quando nós falamos na constituição dos núcleos da educação permanente, eu tenho municípios que ainda não tenham esse articulador, essa figura institucionalizada que é o nosso elo no município, não é? Aí você vê que a gestão, também ela não valoriza isso, então você vê que ainda a condução, muitas vezes, da política no colegiado, ela é levada por aqueles municípios que [...] aposta nisso mesmo, não é? (ENTREVISTA 5).

É um funcionário, é um trabalhador da secretaria municipal, desde o ano de 2008, quando CDQ foi implementado em 2007, no ano de 2008, a gente já tinha essa figura, por conta de que a gente precisava de uma pessoa para estar trabalhando conosco junto aos municípios. Como a gente não fala a todos, a gente precisa de um interlocutor, um articulador, então é um trabalhador do município, indicado pelo gestor. Nos anos anteriores, era muita gente que não era concursado, era contratado [...] tem uma rotatividade muito grande de trabalhadores nessa função mas, nesse último ano de 2011 e, nesse ano de 2012, nós temos um grupo que foi indicado, a gente começou a trabalhar um pouco esse sentido de como seria esse articulador, porque a gente não pode impor [...] a gente também não pode falar: gestor, essa pessoa às vezes não funciona! [...] agora, nesse último, 2011, 2012, a gente tem articuladores mais concursados, são trabalhadores, normalmente, são trabalhadores da Atenção, alguns poucos são ligados a Gestão, mas normalmente são trabalhadores da Atenção, concursados, que estão fazendo a articulação de EP nos municípios [...] (ENTREVISTA 6).

Como a composição dos CGR(s) é de secretários municipais de saúde, e que são geralmente nomeados pela administração local, a cada eleição municipal esses Colegiados sofrem uma grande mudança em sua composição o que também leva a retrocessos nos processos de discussão e articulação construídos anteriormente.

[...] mas teve um encontro de prefeito, que a intenção, eu acho que era a ligação com a atenção básica, porque era apresentar aos prefeitos a saúde e os cuidados, não sei, não é? E a gente gastou dinheiro nisso, foi agora em dezembro, foi o que gastou em dezembro, primeiro encontro de prefeito e gestores eleitos novos, não é? [...] a gente fez uma comissão, olha o trabalho, a gente fez uma comissão representação dos 5 [CGR] pra vir aqui pra discutir as diretrizes encima dessas diretrizes, depois, aqui, porque a gente quer trabalhar urgência e emergência, mas o que de urgência e emergência? É pra organizar rede? É pra uma coisa científica? Então aí essa comissão, a gente vai discutir, só que agora mudou a gestão, a gente vai refazer, mas ela já estava montada, até mesmo, funcionou [...] Vamos começar com o encontro de prefeitos, pra apresentar como que está a

saúde no DRS no âmbito político, como está a rede, então a gente já fez uma, até com poucos nomes, mas fez realmente.

[**Pergunta sobre a reunião com os novos gestores**] Vai ser agora em fevereiro.

[**Pergunta: Vocês acham que deve haver mudança significativa ou muita reeleição?**] 60% de mudança. Já até fiz a conta (ENTREVISTA 2).

Eu acho que a gente passou do momento em que esse estranhamento levaria para um atrito, então já saímos desse momento. Nós estamos num momento em que esse estranhamento tem que ir para o diálogo, tem que ir para o entendimento, não é? Então eu penso que nós estamos ainda na perspectiva de novos gestores, porque aqui no nosso território nós temos uma mudança bem significativa, não é? Essa perspectiva de novos gestores, ela aponta para o que se tem hoje em termos dessa relação. O serviço de saúde do usuário é uma coisa que tem que ser resolvida, não é? A saúde foi de novo palco de todos os palanques, de todas as dificuldades que passaram pela saúde, não é? Então este tem que ser solucionado e soluciona como? Formando melhor essas equipes em serviço, não tem outro jeito, não dá para a gente devolver, as pessoas estão aqui trabalhando, essas pessoas estão sendo mais apropriadas para o SUS do que estavam há 5 ou 10 anos atrás, não é? (ENTREVISTA 4).

A discussão nos colegiados sobre as CIES, eu acabei de fazer esse mês [...] Assim, não foi um momento muito apropriado por conta de eleições e mudanças, enfim, mas eu acho que, assim, o SUS está em movimento, não dá para esperar o cenário ideal pra poder retomar, então, assim, esse é o momento da CIES? Nós vamos ter que inserir o movimento da CIES, junto com o que está dado no contexto, não é? Então eu fui para os 4 colegiados fazer a discussão e tirar uma representação desses municípios de gestores, não é? (ENTREVISTA 5).

Os CDQ(s) e NEP(s) de cada DRS do estado tem uma atuação direta junto aos CGR(s) a ele referenciados. As atividades mencionadas pelos entrevistados dizem respeito predominantemente às regiões de saúde pertencentes a cada DRS, conforme já descrita no quadro 6. Desta forma a CIES poderia ser de fato a instância macrorregional que agregaria todos esses DRS(s) e suas regiões de saúde. No entanto se percebe que o movimento para tentar estruturar e fazer as CIES funcionarem partem também dos próprios CDQS e seus NEPS embora a Portaria 1996/07 defina o CGR como o condutor da Política com participação das CIES(s).

No âmbito da PNEPS são atribuições dos CGR(s) definidas na Portaria 1996/07:

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;

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário (BRASIL, 2007b).

Como visto, a participação dos gestores na EP mesmo quando ocorre é frequentemente inadequada. Os DRS(s) incentivam os municípios a criarem seus próprios NEPS e em alguns casos para cada CGR há um (1) NEP instituído no sentido de viabilizar as discussões e atividades relativas a PNEPS. Portanto as atribuições dos CGR(s) que dizem respeito a EP são em geral assumidas por representantes dos gestores e pelos CDQS e NEPS dos DRS(s).

Nós fizemos isso no começo do ano, mandamos ofício pra todos os lugares, eles mandaram 2 representantes, o titular e o suplente. E eles participam ativamente das discussões. Na construção do PARESP, o que que a gente faz? A gente constrói o PARESP nesse espaço, dessa comissão, o que nós aprovamos vão para o Colegiado, os técnicos já discutem com os secretários dos municípios, pra quando chegar no Colegiado de gestão já chegar lá pra eles aprovarem (ENTREVISTA 1).

A gente, mediante portaria, a gente junta um pouco! Abriu o colegiado, a gente organizou esses 5 núcleos [NEP do CGR] e a gente participa ativamente junto, entendeu! Assim, a gente não é [...] ele lá e nós aqui, só de longe não [...] Nós somos membros também, representa a parte que junta, tudo que é do plano, do PARESP, a gente constrói junto, tudo junto, a nossa relação é de 30, não é uma coisa de coordenação ou só de articulação não, a gente articula, já que a coisa não vem, mas a gente também faz parte, está construindo junto, na roda, entendeu! (ENTREVISTA 2).

Então, essa CIES, eu penso que a CIES, nesse momento aí que a gente tem pra encontro, de poder refletir um pouco, não é? Trocar algumas ideias, agora, o verdadeiro mesmo momento de deliberação, de escolhas, é o Colegiado. E o NEP, eu acho que é o que mais está próximo porque o Colegiado delibera, e o NEP dá mais condições, assim, apesar que não é esse NEP maravilhoso, não sei como que são os outros, não é? Então todas essas coisas é deliberado no Colegiado e no NEP, a gente aperfeiçoa um pouco e na CIES a gente só vai contar, assim, olha, vai acontecer tal coisa, a gente pode até contar, não é? Uma experiência, mas aonde realmente a política acontece é no Colegiado (ENTREVISTA 3).

Essa situação coloca em questão a centralidade que a PNEPS deu ao CGR para sua implementação. As atuais diretrizes colocam as CIES(s), substituta dos Pólos, como uma instância assessora do CGR. Está claro que se em SP não houvesse uma atuação dos CDQS e NEPS no sentido de construção dos PAREPS provavelmente esses instrumentos nem teriam sido construídos. Certamente que é um cenário possível uma vez que se não houvesse essas instâncias talvez outros atores assumiriam essa responsabilidade. Neste sentido há que se verificar a implementação da Política em outros estados a fim de identificar se em alguma experiência o CGR tem dado conta das responsabilidades a ele atribuída no âmbito da PNEPS.

O protagonismo previsto para o CGR parece ser uma tentativa de implicar os gestores na Política e legitimá-la como um instrumento da gestão. Não obstante o papel desse Colegiado no direcionamento dos recursos financeiros pode também ser o vetor que tenha ‘pesado na balança’ em sua direção. Esse arcabouço realça o papel da gestão em detrimento dos demais eixos do quadrilátero. Se considerarmos a SES, os DRS(s), CDQS, NEPS e CIB como parte da gestão estadual, e são, o predomínio desse eixo na Política em SP tem sido quase absoluto. A indução da participação desses sujeitos embora tenha a intenção de dar sustentação à Política, engendrando-a na gestão, soa também como uma tentativa de legitimação do discurso pelo aumento no número de vozes e daqueles que tem poder de fato pois controlam os recursos financeiros. Neste sentido seria fazer soar o discurso na fala de quem tem autoridade pois “los discursos tratan sobre lo que puede ser dicho, y pensado, pero también sobre quién, cuándo, donde y com qué autoridad puede hablar” (BALL, 2002, p. 26). Ou seja, depende do *status* de quem fala, dos *lugares institucionais* em que o sujeito obtém seu discurso e da *posição* que pode ocupar e que

manifestam sua *dispersão* quando exerce um discurso que “assim concebido, não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que o diz: é ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo” (FOUCAULT, 2008, p. 61).

4.4.2. Instituições de Ensino

A PNEPS trata não apenas da educação dos trabalhadores que estão nos serviços de saúde dos SUS mas tem a pretensão clara de incidência sobre a formação na área da saúde tanto superior quanto técnica apropriando-se do dever atribuído ao SUS de “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde”, conforme Artigo 200 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Como já vimos⁷¹, nesse período de implementação do SUS muitas ações foram realizadas no âmbito da formação e educação em saúde principalmente com a criação da SGTES.

A Política por sua vez também assume essa responsabilidade conferida à gestão pública da saúde e define várias ações que necessariamente requer a participação das instituições de ensino para sua realização. Considerando “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” (BRASIL, 2007b) a Política propõe:

- a) A constituição das CIES que são por definição espaços de integração entre o ensino e o serviço com a participação das instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos;
- b) Articulação pelas CIES das instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores;
- c) Incentivo feito pelas CIES à adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução

⁷¹ Quadro 1.

e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

Ainda sobre a formação está atribuído à gestão nos três níveis (MS, SES, SMS):

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.

Vê-se que a PNEPS responsabiliza a gestão em saúde por uma atuação de planejamento da formação e EP dos trabalhadores da saúde, o acompanhamento do uso dos serviços de saúde enquanto espaços de atividades da formação e ainda a articulação junto às instituições de ensino de mudanças curriculares pautadas nas necessidades do SUS. O MS tem tomado iniciativas diante destas responsabilidades como os programas PRÓ-SAÚDE (2005), TELESSAÚDE (2007), PROFAPS (2008), PRÓ-RESIDÊNCIA (2009), PET-SAÚDE (2010), PROVAB (2012), todos ainda em vigor.

É justamente no bojo das atribuições estaduais sobre a formação e educação dos trabalhadores da saúde que a SES em SP criou os CDQS antes mesmo da nova Portaria da PNEPS e que são atualmente a instância central para sua implementação no estado.

As atribuições dos CDQS e NEPS vão ao encontro daquelas demandadas pela Política exceto a articulação junto às instituições de ensino para mudanças curriculares (SES-SP, 2006). Diante das dificuldades de efetivação das CIES(s), essas instâncias que integram a gestão estadual acabam assumindo mesmo as questões apontadas pela PNEPS até pelo fato de serem em grande parte coincidentes com suas próprias responsabilidades no estado.

A SES-SP ainda conta com uma instância voltada para a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS do estado que é o Grupo de Seleção e Desenvolvimento de

Recursos Humanos (GSDRH) que está sediado no prédio do Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOR), “onde através da sua equipe técnica assessora, elabora e desenvolve diferentes propostas de formação e desenvolvimento, qualificando-se como uma referência para todos envolvidos na Política de Educação Permanente em Saúde no SUS São Paulo” (SES-SP, 2013). Esse Grupo integra a Coordenadoria de Recursos Humanos da SES (CRH) e a ele estão ligados os seguintes órgãos:

- 1) Centro de Formação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - SUS/SP "Doutor Antônio Guilherme de Souza" (CEFOR);
- 2) Centro de Projetos de Educação para o Trabalho em Saúde;
- 3) Centro de Metodologia de Ensino em Saúde;
- 4) Centro de Treinamento e Desenvolvimento - CT & D;
- 5) Centro de Planejamento dos Processos de Recrutamento e Seleção;
- 6) Centro de Formação de Pessoal para a Saúde de São Paulo (Escola Técnica de São Paulo);
- 7) Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS/SP de Araraquara (Escola Técnica de Araraquara).

Percebe-se que a estrutura estadual para os recursos humanos em saúde é vasta e bem segmentada. A atuação dessas instâncias e articulação junto aos CDQS(s) e NEPS(s) não foi objeto deste estudo. A referência a estes órgãos pelos sujeitos participantes foi feita apenas relativa ao CEFOR e a SES.

Ele fez conversas com todos no treinamento do CDQ e do DRS [Representante da SES]. **[Pergunta: É uma tentativa de uma articulação estadual em torno da CIES?]** É, do fortalecimento mesmo da EP, que mistura um pouco a regra, que já fez tanto na construção. [...] Estão buscando. Estão buscando isso porque estão vendo uma possibilidade de uma aproximação. Eu acho que também através de coisas que a gente leva pra eles de informação, não é? Eles também fizeram, no começo do ano, fizeram uma análise de todos os PAREPS, foram apresentados os PAREPS na reunião das cies, daí foram pontuados pontos fracos e fortes de cada um [...] **[Pergunta: Eu ia te perguntar do papel do CEFOR na CIES, como você vê o papel do CEFOR na EP do estado de São Paulo? Porque é uma instância própria do estado]** É. É mais uma instância que o estado fez, é muito interessante. Tem feito muitas ações públicas, eu acho que ele é um parceiro muito bom, teve uma aproximação muito grande, a gente tinha

conseguido fazer ações de nível técnico, que é a proposta de vem do Ministério [...], tivemos urgência e emergência, temos o ACS, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, conselheiro, regulação também veio, isso só da Secretaria, não é? Então, assim, então muitas ações que ele tem feito junto com a gente, eu acho que eles são parceiros fiéis. **[Pergunta: Então o CEFOR é uma instância do estado de São Paulo, não é do município?]** Não. A gente está falando de escola, escola técnica (ENTREVISTA 1).

Há ainda o CEFOR de Assis, Franco da Rocha, Osasco e Pariquera-Açu e todos são supervisionados pelo Núcleo de Apoio as Escolas Técnicas de Saúde (NAET) conforme Resolução da SES/SP Nº 75 de 25 de julho de 2012 (SES-SP, 2013).

As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constituem o anexo III da Portaria 1996 de 2007 e prevê a articulação entre as três esferas de governo, instituições de ensino, os serviços de saúde e 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 (BRASIL, 2007b).

Diante de tantos atores envolvidos na formação e educação dos trabalhadores essencialmente do SUS em SP há que se analisar se essas instâncias conseguem realizar trabalhos articulados ou se por outro lado tem seus espaços de atuação bem delimitados. De qualquer maneira possivelmente muitas ações devem ocorrer diante de tantos agentes responsáveis pelo assunto. Talvez a CIES pudesse ser o espaço agregador dessas instâncias no estado para o compartilhamento de propostas e definição de ações conjuntas quando fosse conveniente.

O estado ainda conta com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) que também possui ações na área da saúde como o Programa de Formação de Profissionais de Nível Técnico para a Área de Saúde (TECSAÚDE) e que gerencia e sedia

o Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (Observa Saúde.SP) que realiza análises, estudos e pesquisas sobre a saúde na área de abrangência.

Na implementação da PNEPS em SP observamos que a mudança nas diretrizes da Política e, por conseguinte, a transição dos PEPS para CIES, resultou num afastamento das Instituições de Ensino Superior (IES) e Técnico justificado pela perda de financiamento de projetos por elas coordenados.

No modelo anterior, o fórum equivalente a CIES (Colegiado dos Pólos de Educação Permanente) era responsável pela deliberação referente aos recursos; com a Portaria 1996/07, a instância deliberativa passa a ser o Colegiado de Gestão Regional, cabendo às CIES o apoio técnico e articulação para a discussão da educação [...]

Nas entrevistas realizadas, este é considerado um fator de enfraquecimento das CIES e desmotivação para a participação das instituições de ensino (VIANA et al., 2010b).

Percebe-se que em alguns casos, a perda da centralidade das instituições de ensino não apenas nas novas diretrizes da PNEPS mas desde a instituição dos Pólos, foi uma dificuldade na constituição de algumas CIES(s). Possivelmente sejam experiências que contavam com apoio significativo de IES como Universidades e Faculdades as quais foram se ausentando com as sucessivas mudanças. Por outro lado, há quem considere esse distanciamento positivo pois as IES acabavam cerceando a EP mesmo sendo os Pólos uma estrutura Colegiada.

Porque, no Pólo, era aquela coisa, era tão claro na minha cabeça a política de Pólo, ia lá o representante também, [...] das 3 regiões, que era temática, aí vinham as universidades, as faculdades, que apresentavam as propostas que eles tinham, então eles ofertavam. O cardápio era deles. É, o cardápio era deles, eles ofertavam e a gente comprava ou não. [...] Entendeu? Agora, quando saiu a Portaria de 2006, nossa, inverte a lógica totalmente, inverte a lógica, então, eu acho que o que foi mais marcante pra mim, que participo desses dois comícios é isso [...] (ENTREVISTA 2).

Então é a realidade. Já tem a faculdade que é representante, [...] vir participar da CIES, eu chamei, mandei convite pra todas, falamos o que que era, mandei a Portaria, tudo, como que funciona, agora, quando eu entrei, em 2008. E aí, na segunda vez, a mesma coisa, eu chamei, quem veio e quis participar ficou. E eu não vou chamar [...] E também vem pro NEP, você entendeu? Eles já atacam no

NEP lá da região dele [...] Ele é referência pra gente, tá? [**Pergunta: E aquele gestor que está lá na região, nesse NEP, ele vai também ter essa parceria com essa instituição que está nessa CIES**]. Então, as instituições aqui, por exemplo, [...], que ela participou, ela fez um projeto. As outras, elas participam cedendo o local, participando das reuniões, e isso parece que conta ponto para o Ministério, não é? Conta porque teve que, nas declarações, que foram mandadas até para a abertura das faculdades de [...] e de todas, foi a CIES, a declaração da CIES e da diretoria junto com o de acordo aqui da diretoria, você entendeu? Eles pediram para a CIES. Como que era a participação do município e da faculdade, não é? Tem tudo isso, então elas participam, elas são bem parceiras [...] A Secretaria se envolve junto com a Faculdade e faz acontecer, porque elas não recebem nada como recebia no Pólo, então por isso que algumas, não é, não querem (ENTREVISTA 3).

Concluímos que a participação das instituições de ensino nas CIES e, por conseguinte na PNEPS em SP não tem sido expressiva principalmente a partir das novas diretrizes. Embora o estado tenha várias instâncias responsáveis de alguma maneira pela formação e educação dos trabalhadores da saúde do SUS, as mesmas também não tem uma participação efetiva nas CIES(s) embora exerçam algumas atividades no sentido de assessoria, acompanhamento e mesmo oferta de cursos nos DRS(s).

As pretensões da Política de atuação junto a formação universitária e técnica na área da saúde esbarram nos limites legais já estabelecidos pois são decisões que em sua maioria estão em instâncias supra estaduais e por isso não dão às CIES condições para essas intervenções. Percebe-se que a Política mantém os objetivos mas guarda os limites já existentes na estrutura dos Pólos mesmo quando havia um maior protagonismo das instituições de ensino.

Viana et al. (2008) na análise dos PEPS em SP também constataram que embora houvesse a presença de instituições de ensino públicas e privadas, a coordenação era predominantemente das Direções Regionais de Saúde (DIR), substituídos pelos DRS(s) desde 2006, e que de fato não tinham como intervir nas instituições pois extrapolava os limites dos Pólos uma vez que essas ações são de competência do MS e principalmente do MEC. Notamos ainda que assim como nos Pólos, a participação de gestores da educação embora seja prevista pela Política ela é praticamente inexistente nas CIES(s).

Como o estado tem até uma instância responsável pela supervisão das Escolas Técnicas na área da saúde, é possível que nessa formação a gestão em saúde esteja conseguindo alguma intervenção o que é praticamente inviável no nível superior. Por outro

lado, as Escolas sob supervisão são aquelas públicas e as diretrizes da Política também privilegia as instituições públicas para formação técnica mas há que se compreender como fica a formação privada que é ainda bem maior.

Sobre a integração ensino-serviço nos deteremos ainda ao tratarmos do convite aos trabalhadores para participarem da Política bem como a respeito da participação das instituições privadas mais adiante (item 4.5).

4.4.3. Trabalhadores

É percebido que a participação dos trabalhadores da saúde e suas entidades representativas é também muito tímida nas CIES(s) e por isso na Política de EP. Esses sujeitos são centrais para se pensar numa educação que se dá *no e pelo* trabalho tanto na formação de novos profissionais quanto numa educação voltada para aqueles que já estão nos serviços. A EP está definida na Portaria 1996 de 2007 como sendo “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007b).

Entendemos que a participação na CIES apenas de um representante do gestor, que também trabalha na gestão, não sabe as necessidades dos trabalhadores, não conhecem as reais demandas dos serviços; ainda que tenha informações e até boas intenções pois mesmo quando por indicação eles se dispõem a discutir a EP em sua região. Retomando as orientações da NOB/RH-SUS a mesma tem uma definição de EP que privilegia mais o trabalhador da saúde.

Educação Permanente: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (Brasil, 2005b, p. 32).

Embora sirva à gestão em saúde, a educação a partir do trabalho deve buscar dispositivos que incluam muito mais os trabalhadores na definição das ações e no acontecimento de fato da EP, ou seja, o envolvimento desses sujeitos, o que Merhy (2005) chama de “pedagogia da implicação”.

Não me parece que para gerar “auto-análise e autogestão dos coletivos” o “trabalho com eixo na integralidade” tenha força em si, ou mesmo, que “as consultorias, os apoios, as assessorias quando implementadas” tenham capacidade de gerar isso com os analisadores (do quadrilátero) da Educação Permanente em Saúde, se não conseguirem atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde. Parece que estamos diante e do desafio de pensar uma nova pedagogia - que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERHY, 2005. p. 173).

Os trabalhadores além de serem os sujeitos fim da Política, sem os quais ela não vai se concretizar em *ação*, são também determinantes para que haja a integração ensino-serviço proposta. Para que essa relação seja possível as instituições de ensino e os seus alunos tem que ser tratados com o mesmo valor que os serviços de saúde e seus trabalhadores. O tratamento igualitário desses sujeitos minimizará as dificuldades encontradas frequentemente para esta integração.

É possível reconhecer também que serviço e ensino participam ativamente do Pólo, embora a interação ainda aconteça de forma conflituosa. A relação do Pólo com a universidade não pode se restringir a uma relação de pagamento e prestação de serviço. Sob o ponto de vista das instituições de ensino, os serviços não abrem as portas para estágio e, quando o fazem, usam os estagiários como mão-de-obra barata. Os serviços, por sua vez, consideram que os estagiários não estão preparados, em função de falhas na formação e, por isso, não podem entrar diretamente na área técnica, tendo que passar por outro processo de formação dentro do próprio serviço (VIANA et al., 2008, p. 124).

Agora o que eu acho que a gente precisava fazer, assim, porque elas têm campo de estágio aqui, não é? E eles, esses alunos, eles vêm para as unidades e a gente já ouviu, assim, de um jeito muito atabalhado, não é? Então, assim, a gente até gostaria de ter alguma participação pra poder discutir um pouco a inserção dos alunos, não é? No município como campo de estágio, mas eu também não tenho

noção da governabilidade que eu tenho sobre isso, não é? Porque isso eu acho que é um convênio que a universidade faz com o próprio município mas a gente ouve coisas que nos assustam, não é? O aluno entrando, achando que ele é o dono da sala, não é? Que a sala agora é dele; o profissional que se sente invadido! Então é uma falta de cuidado que a universidade tem com o município que ela vê como que é um campo de estágio, eu acho que esse é um ponto. Esse serviço, às vezes, não traz nenhuma reflexão da prática; aquele aluno está lá só ocupando um espaço em determinado tempo que ele, o profissional, não sabe, ele vai embora, às vezes o usuário nem sabe que ele é um profissional que está lá estagiando [...] (ENTREVISTA 6).

A CIES enquanto instância condutora dessa integração deveria ter tanto o ensino quanto os serviços de saúde de seu território de abrangência muito bem representados sendo participantes ativos.

Dentre as ações propostas pelo MS no campo da formação, o PET-SAÚDE é aquela que tem como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade e que depende dos profissionais dos serviços, pois atuam como preceptores dos alunos de graduação. O contato dos estudantes com a prática dos serviços e a realidade da assistência à saúde é desejável no sentido da *práxis*, ou seja, “a atividade humana que produz objeto, sem que por outro lado essa atividade seja concebida com o caráter estritamente utilitário que se infere do significado do ‘prático’ na linguagem comum” (VÁSQUEZ, 1977, p. 5) e que possibilita e assegura interação entre teoria e prática.

Portanto, não se supera o idealismo filosófico com qualquer filosofia, mas sim, com aquela que por discernir uma realidade- a *práxis*-, isto é, por revelar teoricamente o que a *práxis* é, marca as condições que tornam possível a passagem da teoria à prática e assegura a íntima unidade entre uma e outra (VÁSQUEZ, 1977, p. 6).

Morais et al., (2012) relatam o papel do PET-SAÚDE na formação em enfermagem e entendem que essa experiência contribui sim para a ressignificação de saberes e práticas tendo a pesquisa como central para produção do conhecimento reconhecendo que a integração ensino-serviço na área da saúde passa necessariamente pelos eixos basilares indissociáveis da universidade: ensino, pesquisa e extensão.

No entanto essa integração pode não dar conta da reflexão necessária para uma formação de profissionais de fato críticos, “como ser que cria a realidade (humano-social) e que, portanto compreende a realidade (humana e não-humana, a realidade na sua

totalidade)” em que a *práxis* “é determinação da existência humana como *elaboração* da realidade” (KOSIK, 1976, p. 202). Justamente neste sentido que Albuquerque et al., (2013) ao analisarem experiências de PET-SAÚDE de alunos de medicina e preceptores de diferentes áreas da saúde identificaram que o contato dos estudantes com a realidade social foi em geral desprovida do questionamento de seus “nexos com a macroestrutura social” .

O conceito distante do real refere-se à diferença observada pelo estudante entre a concepção do SUS e a concretude dos serviços de saúde. Tal diferença, no entanto, não foi discutida de modo a permitir a compreensão de sua determinação, seja no nível da estrutura de nossa sociedade, seja no nível dos serviços municipais analisados (ALBUQUERQUE et al, 2013, p. 418).

Os estudantes aprenderam, assim, a trabalhar com as condições dadas. Esforçaram-se para encontrar possíveis soluções dentro dos limites de um SUS subfinanciado e precarizado, com todas as consequências daí advindas. Ao longo do processo desse grupo, os monitores se fizeram menos presentes às atividades e os não bolsistas desligaram-se gradativamente (ALBUQUERQUE et al, 2013, p. 420).

Desde esta perspectiva dialética, a realidade não é algo dado, imutável, mas “totalidade concreta- que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos” (KOSIK, 1976, p. 36) em que cada fenômeno é histórico e por isso é um momento de um todo e, neste sentido, o conhecimento da realidade é um processo de *concretização*

que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento *recíproco* e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade” (KOSIK, 1976, p. 41).

A partir dessa reflexão o profissional da saúde e os alunos inseridos nos serviços não apenas estudarão como intervir na realidade para de alguma forma transformá-la mas fundamentalmente questionarão como essa realidade é criada? Daí decorre também nossa crítica a PNEPS que acaba reduzindo a educação a um fim utilitarista em que os trabalhadores são recursos para uma mudança dos serviços de saúde sem levar em conta as reais necessidades estruturais do SUS e os seus determinantes. Incorre-se assim numa

educação muito mais para o trabalho, e subordinada aos seus imperativos, que uma educação emancipadora na qual o trabalho é princípio educativo (FRIGOTTO, 2005) e portanto não é uma “técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um pressuposto ontológico e ético-político no processo de socialização humana” (FRIGOTTO, 2006, p. 247).

No horizonte desse compromisso ético-político, Severino (2006, p. 306) aponta a controversa tarefa da educação de “simultânea e contraditoriamente inserir os sujeitos educandos nas malhas culturais de sua sociedade e de levá-los a criticar e a superar essa inserção”. O autor entende que o homem intenciona sua prática pela mediação de sua *consciência subjetiva* “pois essa consciência é capaz de elaborar sentidos e de se sensibilizar a valores”.

Assim, ao agir, o homem está sempre se referenciando a conceitos e valores, de tal modo que todos os aspectos da realidade envolvidos com sua experiência, todas as situações que vive e todas as relações que estabelece são atravessados por um coeficiente de atribuição de significados, por um sentido, por uma intencionalidade, feita de uma referência simultaneamente conceitual e valorativa (SEVERINO, 2006, p. 307).

Ramos (2007, p. 154) ainda expande a discussão do trabalho em saúde apontando as contradições da formação e do trabalho num modo de produção capitalista bem como a especificidade da área da saúde ao ser constituída por profissionais de diferentes níveis de escolaridade que “mantém o trabalho dividido entre manual e intelectual, entre dirigentes e dirigidos, numa estrutura rigidamente diferenciada e hierarquizada, contradizendo os fundamentos da atenção integral”. Neste sentido a autora adverte que o enfrentamento das contradições das políticas públicas não é possível “se não concebermos os trabalhadores como sujeitos de conhecimento e de cultura e, com isto, repensarmos a natureza de seu trabalho e de sua formação” (RAMOS, 2007, p. 154).

4.4.4. Controle Social

A presença dos usuários nos Pólos e nas CIES está fundamentada num dos princípios do SUS que é a participação popular que conforma o controle social da área da saúde entendido como “o exercício do controle sobre as políticas de saúde por parte dos representantes da sociedade civil” (SILVA e LABRA, 2001, p. 165). A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS instituindo em cada esfera de governo os Conselhos e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990b).

Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte (GUIZARDI et al, 2004, p. 16).

Constatamos nesta pesquisa que essa participação do usuário e do controle social na PNEPS ainda é bem incipiente.

[...] e a gente sente muita falta do controle social, não por falta de convite, não é? Então, essa aproximação, digamos, até via secretário municipal, infelizmente, nós não temos satisfação dele, diferente da humanização que eles têm. Então agora a gente vai tentar fazer uma aproximação através da humanização. Começar a haver, tanto que começou a mandar representante, chegou uma hora que não era interessante pra eles, eu acho, assim, não entendemos que ou nós não conseguimos ainda nos aproximar como deveria, pensando assim, ou ainda eles não entenderam a real importância desse espaço, porque, assim, eles têm um papel muito importante dos gestores, eles conseguem mobilizar os gestores para o gestor mandar o profissional pra se capacitar, então isso que a gente está tentando colocar pra eles, porque tem alguns municípios que eles têm dificuldade, porque, assim, você está com uma capacitação que tem uma formação, não é? Que tem um olhar especificamente pra aquele público, porque, muitas vezes, você não consegue trazer, ah, porque não dá para tirar do município, porque eu tenho as dificuldades, ele vai ficar lá, não é? Então municípios pequenos, a gente tem muito essa dificuldade, e a gente acredita muito que o controle social vai conseguir fazer esse crescimento pra falar para o gestor: olha, a gente precisa melhorar porque o usuário que está lá na ponta está reclamando, porque ele não está capacitado (ENTREVISTA 1).

A gente tem um senão, acho que é um senão grave que eu acho que a gente não consegue vencer, a gente tem muita dificuldade de vencer, que é trazer o usuário pra esse espaço, não é? O espaço onde ele vem com muita dificuldade, quando vem, vem no limite, embora a gente o receba [...] de uma forma muito alegre, muito conhecida, mas é um espaço com muita dificuldade pra ele, não é? [...]

Então eu acho que a grande ausência mesmo é o usuário, os gestores têm sido muito atuantes, algumas universidades têm sido extremamente parceiras, e eu acho que, nesse território, a gente tem evoluído sim, então, na implantação da política de EP [...] (ENTREVISTA 4).

A efetivação da participação popular assim como dos demais princípios do SUS (universalidade, descentralização, integralidade) ainda é um desafio não apenas para a PNEPS. Essa dificuldade levou até a criação, em 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS objetivando contribuir “para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas” (Brasil, 2007c). Foi uma iniciativa para fortalecer os Conselhos de Saúde⁷² que são os espaços onde esse controle é exercido pela população.

Entendemos que o controle social poderia sim participar da PNEPS a partir dessas instâncias.

A Portaria já prevê as seguintes atribuições dos Conselhos Estaduais de Saúde (Art. 12):

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

Pensar um usuário do SUS, individualmente, indo a uma reunião de CIES porque foi convidado pode ser por várias razões uma opção ineficiente. No entanto há que se questionar se também não seria sobrecarregar esses Conselhos. Demandar que participem

⁷²O Conselho de Saúde existe nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal). É um órgão colegiado com representação do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Em caráter permanente e deliberativo “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente” (BRASIL, 1990b). Vários autores têm discutido o papel, o desempenho e a trajetória dos Conselhos de Saúde e/ou do controle social no SUS, por exemplo: Silva e Labra (2001), Cortes (2002), Gerschman (2004), Labra (2005), Guizardi (2009), Bravo e Correia (2012), Rolim et al. (2013).

efetivamente da Política de EP pode extrapolar as condições desses espaços que também tem enormes desafios para execução de suas atividades e da manutenção de sua própria existência principalmente nos municípios. Por outro lado, há que se pensar também que a indução da participação popular é considerada também como uma corresponsabilização da sociedade por suas condições de vida desresponsabilizando o Estado de ser o único ou maior provedor de bens e serviços públicos (BRAVO e CORREIA, 2012). Apesar das contradições existentes na noção de controle social, cujo aprofundamento estaria para além das condições limítrofes desta análise, Bravo e Correia (2012, p. 135) consideram que essa participação na área da saúde no Brasil “têm aspectos históricos particulares, que os diferenciam, em grande medida, dos demais: insere-se no contexto de lutas contra a ditadura e pela democratização do Estado, travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária”.

4.5. O PÚBLICO E O PRIVADO NA PNEPS: ainda à margem do “dilema”

Como já discutido anteriormente, há predomínio na oferta de vagas do setor privado tanto no ensino superior quanto para formação técnica no Brasil e não diferente, no estado de SP. Não obstante a oferta de serviços de saúde também é formada por um *mix* público/privado cuja articulação está na ordem das discussões não apenas acadêmicas mas governamentais para conformação das RRAS. A configuração das Redes em construção no estado de SP ainda será detalhada neste estudo (item 4.10).

Diante desta correlação entre a oferta pública e privada que se estende da formação à atuação dos profissionais nos serviços de saúde, interessou-nos nesta pesquisa investigar a participação do setor privado na PNEPS.

Verificamos que quando há participação de instituições de ensino nas CIES ela é predominantemente pública.

Eu posso falar um pouco melhor, porque eu estou na área há mais tempo [...] quando a gente foi fazer essa composição mínima, que a gente chama de composição mínima porque podem vir outros segmentos, não é? A gente convidou, por exemplo, a faculdade privada e cursos técnicos privados. De todos os municípios [...] Não, não adere, teve até uma, eu posso citar uma universidade nossa que chegou a vir duas vezes aqui no CDQ conversar, que a gente convidou [...] fez um convite, não é? [...] ela veio aqui por duas vezes, a gente conversou,

explicou, falou um pouco da aerodinâmica da coisa, da participação do núcleo regional, da participação da CIES, mas nunca apareceu, então, assim, a participação do privado é muito difícil [...] Tanto técnico, como universitário, é muito difícil, agora, em contrapartida, nós temos uma universidade [...] que é privada e é a nossa maior parceira, agora, detalhe, não é a universidade, universidade [...] São, como que fala? Docentes. [...] Então, são docentes, só que com o apoio da universidade, é óbvio. É, são docentes que são interessados em trabalhos extramuros [] Mas em termos de participar no geral o privado, as escolas técnicas, por exemplo [...] até no passado indicaram pessoas, mas não aparece, não é? Aí essa faculdade também quer ser também, não aparece. O Senac também, não é? Não aparece, o SENAC⁷³ acho que é meio público meio autárquico. É. Também não aparece, então trabalha basicamente com o público mesmo, exceto a [...] (ENTREVISTA 2).

Eu, assim, como eu te falei, não participei da indústria do Pólo, mas participava das coisas do núcleo de educação permanente, do NEP, no Pólo tinha NEP, e, da mesma forma que a gente tinha representação pública, a gente tinha instituição privada, e a gente tinha uma instituição que representava essas instituições, mas essa participação, ela foi por um período e depois uma ausência, apesar de vários convites que a gente fez para essas instituições, a gente fez consultas a essas instituições, tivemos a necessidade de ter uma representação. [...] Na configuração CIES [...] a gente não teve a participação dessas instituições, assim, a gente teve uma profissional que trabalhava numa universidade [...] ela era muito presente, mas ela não era uma pessoa, como todos os representantes, não é? Que faziam um movimento das instituições privadas porque pra mim, o sujeito ideal, que seria aquele, por exemplo, eu represento as instituições privadas e aí eu vou promover um encontro além dessa reunião que eu participo para as pessoas poderem conversar sobre isso, não é? [...] Pra dentro e pra fora, a gente queria que esse ator pudesse conversar com os demais, mas a gente vê que as instituições têm muita dificuldade, não é? Também terem espaço de conversa, não é? E também eu vejo que tem instituições privadas, não é? Que lá a instituição privada participa mais ativamente, mas que, na minha avaliação, ainda tem um movimento que quebrou, que tenta discutir, mas que em alguns momentos, alguns outros momentos, aparecem instituições que a gente nunca viu

⁷³O SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial) integra o chamado Sistema S de educação constituído por 11 instituições dentre elas o SESI (Serviço Social da Indústria) e o SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial). Essas instituições estão distribuídas em todo território nacional principalmente no estado de SP e possuem vasta oferta de cursos de educação inicial e continuada, nível técnico e superior, presencial e a distância bem como pós-graduação em diversas áreas incluindo a saúde principalmente no campo da enfermagem e da nutrição. Nesse Sistema, O SENAC é o principal formador tendo contabilizado em 2012 cerca de um (1) milhão de matrículas sendo mais de 50% em parceria com o Governo Federal por meio do “Programa Senac de Gratuidade (PSG), que oferta programações de educação profissional gratuitas, ou do Programa de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), que oferece vagas também gratuitas em cursos técnicos e de capacitação para trabalhadores e estudantes” (SENAC, 2013, p. 8). Também são realizadas parcerias com estados e municípios, instituições públicas e privadas. As entidades que integram o Sistema S são Serviços Sociais Autônomos de regime jurídico predominantemente de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, não integram a Administração Direta ou Indireta mas recebem recursos públicos principalmente parafiscais (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2009).

lá, mas parece que a motivação de ela estar lá é aquela questão “ah, é algum projeto? Então a universidade pode pegar?” Então eu acho que a gente tem muito mais no começo, nem tanto, mas em algum momento aparece alguém que a gente nunca viu, não é? E aí soa um pouco estranho pra mim essa questão, então vai lá por conta do projeto e aí? Qual é a explicação dela pra política? Qual é a mudança da prática? Qual é a formação dos alunos que estão na universidade? E não estar num projeto pontual de um DRS, de um livro, ou de um colegiado? Porque aí acho que é a explicação da instituição enquanto instituição privada pra mudança de um currículo, de mudança de algum modo pra esses alunos que estão sendo formado aí, que vão tudo pro SUS depois. [...] atualmente, a gente não tem uma constituição com essas instituições, a nossa parceria, é bom frisar, a gente tem instituições parceiras, que, com a escola do Senai de [...] também tem pessoas lá com as quais a gente compartilha os nossos ideais de educação permanente [...] Da pública também (ENTREVISTA 6).

Embora em alguns casos haja participação de instituições de ensino privadas, há uma ausência preponderante dos serviços de saúde privados.

Nós não temos representação do setor privado nem da filantrópica. **[Pergunta: Nem da formação nem do serviço?]** Não, da formação tem. [...] O setor filantrópico é do estado, se a gente considerar o privado como filantrópico, sim, não é? Então, nós temos essa bancada que fazem parte, tem a representatividade na CIES, o novo, não é? Mas o serviço é menos presente, a formação é mais presente, não é? Eu acho que eles contribuem, eles têm um papel, no nosso território, a formação do ensino do setor privado, ela é ela é importantíssima, ela tem um peso muito grande, não é? **[Pergunta: Mas ela tem participado?]** Tem participação efetiva [...] então a gente tem alguns, e eles têm contribuição importantes porque eles também tem processos muito interessantes formativos, aliás, eu acho que as instituições privadas conseguem alterar as suas grades curriculares com muito mais rapidez e sem grandes melindres que a instituição pública, não é? Que tem aquela coisa e tal, então o MEC determina [...]. porque aqui nós temos um curso de medicina e de enfermagem, [...], que é uma instituição grande, os cursos são muito ventilados com a questão da saúde, não é? Eu acho que isso, a instituição privada, ela pode conseguir muito até provocando, não é? Isso que pra estrutura da universidade pública é tão demorada, porque também, não é? Pra instituição privada, ela faz isso como uma agilidade e ela consegue fazer a diferença, realmente, então eu acho que ela tem um papel fundamental, os serviços privados com a mente das filantrópicas, elas têm trabalhado muito a questão da humanização, do falar, da ouvidoria, do colegiado, da discussão e do trabalho em equipe, isso tem sido muito estimulado até mesmo pelos nossos contratos de planos operativos, essas iniciativas de EPs são sempre pontuados, não é? (ENTREVISTA 4).

[Pergunta: Como se dá a participação do setor público e do setor privado da saúde e da educação? Como que você vê essa participação na sua CIES?] Então, olha, o setor público, nós temos, não é a instituição que participa, são os seus docentes que participam [...] os docentes delas é que participam, não é? Eles estão, elas representam, eles mandam até um representante, mas, por exemplo, quando vai fazer algo, um projeto, demanda aí um projeto por quê? A universidade, ela não tem um conhecimento da rotina do SUS, da prática do SUS,

nós não temos, não é? [...] Então, mas o que a gente quer, até agora, dos docentes que participam, não é? Eles cedem os locais, não é? Eles cedem, agora, o privado é a mesma coisa, não tem ainda aquela cultura, não é? De conhecer que o saber não está só ali na academia, então [...] não quer ver, não quer olhar que o saber também está ali, fora da academia, não é? Quem tem o saber é quem está todo dia ali, é o agente comunitário, o enfermeiro, o técnico, é aquele saber que eles não detém o conhecimento, mas eles não param um pouco, acho que agora está refletindo mais, não é? [...] **[Pergunta: Houve projetos que foram realizados?]** Teve, teve, mas, assim, muito ainda, muito assim, tímido ainda, não é? Muito tímido, a [...], ela fez um grande projeto [...] que abriu uma possibilidade pelo ministério do curso de gestão, vieram as faculdades, mas aonde que tinham as condições eram as públicas mesmo, não é? Então, ela veio, ela é pública e também, como ela é uma fundação, então é filantrópica também, então essas coisas ainda não detem o conhecimento, mas ela ela é estadualizada, mas também tem o dinheiro como fundação, não é? E ela abraçou essa causa [...] Ela teve esse projeto, um grande projeto [...] que até agora nós não vimos acontecer, o ministério não repassou o dinheiro até agora, tá? Pra ninguém. [...] **[Pergunta: E o que você me diz da participação do setor público da saúde?]** Seria a gestão dos profissionais [...] Sim, nós temos, eles participam sim como docentes. São, eles são os nossos maiores número de docentes. [...] E são eles que vêm, por exemplo, esse curso, agora, de agente comunitário, quem que vai participar? Quem que vai ser docente? Vão ser os que já foram capacitados em outras épocas do Pólo e também depois do Pólo, tá? São o quê? São funcionários das prefeituras, enfermeiros, médicos e dentistas, a maioria enfermeiros, tá? Então são eles que vão participar com a gente, que vão ser os docentes, muda o pessoal da universidade [...] também, quando tem o dinheiro eles podem trazer, tá? **[Pergunta: E o setor privado de saúde, há alguma participação?]** Então, nós até chamamos, nós vamos aumentar agora, nós vamos chamar a AMA e nós vamos chamar o hospital, tá? Não sei se eles vão participar, mas no CGR não, nós já tivemos sim, nós tivemos sim, mas aí foi uma vez só com a associação dos hospitais [...] Agora, eu vou chamar pra participar da CIES, os AMES, uma representatividade de AMES e de hospitais, tanto os hospitais acadêmicos, universitários, como as Santas Casas, a gente vai estar chamando para a representatividade delas, não é todas, é uma é representatividade, eu penso que a CIES tem que trabalhar assim, não dá para encher aquilo lá e ninguém nem [?] é pessoas que participam e que podem dar alguma ideia nessa troca de ideias, de discussão, algo, não é? Que dê para fazer alguma mudança (ENTREVISTA 3).

Quando a Portaria que institui a Política se refere às instituições de ensino não há especificação de que sejam apenas as públicas mas sim a articulação com a “capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007b). Se a oferta de formação no setor privado é amplamente superior, uma restrição limitaria ainda mais essa participação e com isso a interinstitucionalidade e a intersetorialidade pretendidas. Mesmo não havendo restrições à participação das diferentes instituições para alguns sujeitos desta pesquisa a PNEPS está voltada exclusivamente para o setor público.

A EP e seus recursos são direcionados ao setor público, porém pode contar com a parceria do setor privado na sua articulação (instituições formadoras). Em nosso CGR as duas Instituições privadas não participam do NEPH e a pública não tem curso de saúde (QUESTIONÁRIO 1).

A PNEP está direcionada ao setor público, porém nada impede a parceria com setores privados no desenvolvimento das ações tanto da saúde como da educação. Os recursos disponibilizados para a Educação Permanente são para fins específicos dos CGR, levando em conta suas necessidades (QUESTIONÁRIO 2).

Mesmo incluindo todas as instituições de ensino que ofertam cursos na área da saúde como integrantes das CIES e participantes da Política, de fato a Portaria explícita que as diretrizes foram adotadas para “assegurar Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde”.

Sendo a formação e a EP restrita ao SUS, a articulação do setor público com o privado ainda se faz necessária pois a capacidade instalada é essencialmente privada.

[PERGUNTA: Como se dá a participação do setor público e do setor privado de saúde e de educação na PNEP? Há diferenças? Explique].

Sim, apesar de o setor público discutir e utilizar as propostas da Educação Permanente, ainda não consegui enxergar o setor privado discutindo junto com o público nem tão pouco com a educação permanente sendo inserida nesse processo (QUESTIONÁRIO 5).

Nós tivemos alguns projetos envolvendo o setor privado, eu entendo o SENAC como privado, não é? Então, assim, tivemos a experiência de um município, que, por conta de algumas parcerias já identificadas no contexto municipal, considerou que o SENAC seria um parceiro pra desenvolver alguns projetos de EP, tá? [...] são dois projetos, um em cada município, então é fácil fazer a discussão junto, acho que é uma outra lógica de mercado mesmo, então você tem outras questões ali envolvidas, não é? Então eu acho que a gente tem que se aproximar sim, não é? Repensar o quanto que nós temos de instituições não estatais aqui na nossa região, não é? Eu acho que você tem que ter essa parceria, acho que você tem que estar junto, mas entender a lógica que eu acho que é difícil, não é? Que não é uma lógica de compra e venda, é uma lógica mais de parceria, entendendo que também eles têm um contexto de também estar no SUS, não é? Indiretamente, estão no SUS. [...] quem hoje forma mais para o SUS? Será que é a Unicamp ou o resto das instituições, não é? Quem está no SUS de fato hoje, não é? Então eu acho que, assim, a gente tem que se aproximar pra poder fazer essa discussão, não é? Mas, assim, enquanto Pólo, isso não aconteceu e, enquanto CIES, acho que é um desejo, um desafio (ENTREVISTA 5).

Sendo o setor privado o maior formador de profissionais de nível superior e técnico para o SUS, surgem muitas questões sobre a razoabilidade na proposição de quaisquer

atividades de mudanças na educação na área da saúde que não parta desta realidade para definir ações, metas e resultados para uma Política orientada por um desenvolvimento e uma ampliação da “capacidade pedagógica regional”.

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 (BRASIL, 2007b).

Um debate amplo da privatização tem sido feito por vários autores tanto da educação quanto da saúde no Brasil⁷⁴. Nesta discussão nos deteremos principalmente no desafio da Política de EP em lidar com a capacidade instalada para o desenvolvimento de ações que intervenham na formação e educação dos trabalhadores da saúde, neste caso, do SUS. Não obstante questionamos por que a Política está circunscrita à força de trabalho do SUS pois entendemos que a formação em saúde independente de onde ela ocorra e a educação permanente dos trabalhadores que atuam no serviço público ou no privado deveriam estar igualmente na ordem de prioridades da gestão da educação na área da saúde. Se o MS propuser ações que privilegiem ou atinjam apenas as instituições públicas da educação e da saúde pouco impactará na formação em saúde que é predominantemente privada e na melhoria da atenção à saúde da população que se efetiva na rede pública mas também na privada e/ou conveniada.

Diante desse cenário, a PNEPS parece ainda estar à margem do dilema do *mix* público e privado pois não propõe ações que articulem de fato as instituições de ensino e serviço que configuram a capacidade já instalada. Esta pesquisa dá indícios que há um reconhecimento de que as instituições de ensino privadas deveriam sim ser ativas nas CIES, mas não há dispositivos legais que as façam aderir à proposta. Mesmo as instituições públicas são apenas convidadas à participação. O convite pode ser insuficiente para garantir uma real possibilidade de mudanças na formação e nos serviços. O papel do MS frente a

⁷⁴ Além dos autores já indicados no Cap. 1, sugerimos ainda sobre a privatização na área da educação a leitura de Mancebo (2004), Ball (2007), Adrião e Peroni (2008), Segenreich e Castanheira (2009), Adrião et al., (2012), Peroni (2012). Sobre a privatização na área da saúde ver ainda Santos e Amarante (2011), Ocké-Reis (2012).

essa articulação é central nos documentos oficiais, mas não são explicitados os dispositivos para tal. Essa ‘nebulosidade’ talvez seja justificada pela incipiente parceria que o MS tem com o MEC, pois ainda está reduzida a algumas ações pontuais como os programas PRÓ e PET-SAÚDE. Entendemos que é nesse nível da gestão que deve haver um diálogo profícuo que resulte numa interação muito mais aprofundada entre esses poderes executivos que enfrente esta correlação público-privada existente tanto na formação quanto no trabalho em saúde.

Conforme a Portaria 1996/07 tanto a formação quanto a EP dos trabalhadores em saúde necessários ao SUS são atribuídas à gestão nos três níveis (MS, SES, SMS):

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.

Está claro nessas diretrizes da Política o protagonismo dado à gestão em saúde sobre a questão da educação, no entanto há que se definir ainda os meios pelos quais essas intervenções são exequíveis pois não são possíveis de serem realizadas sem pactuações e acordos com o MEC. Vimos que a participação dos gestores da educação nas CIES mesmo sendo prevista é praticamente inexistente refletindo a pouca interação entre esses setores.

Ponderamos que a gestão do SUS tem avançado no sentido da formação em saúde desde a última década principalmente com a criação da SGTES e seus Departamentos DEGES e DEGERTS. Machado e Baptista (2012, p. 167) analisaram as tendências da agenda federal da saúde no período de 2003-2010 e apontam que a criação de novas secretarias no MS preencheu lacunas importantes como a dos recursos humanos possibilitando a criação de um espaço “de legitimidade na interação com outros atores extrassetoriais e setoriais, expandindo a atuação da autoridade sanitária nacional em esferas relevantes para o SUS”.

A partir dessas constatações consideramos que a PNEPS tem dois desafios determinantes para ordenação dos recursos humanos para o SUS e que estão intimamente relacionados: a articulação com a gestão da educação nos três níveis de governo e com as instituições públicas e privadas de ensino superior e técnico.

Pereira (2010) discute a educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade apontando que a parceira público/privada tem sido adotada na saúde como uma “saída” em razão da incapacidade do Estado em resolver seus problemas. E na opção pela privatização a autora aponta que há “uma desregulamentação total no sentido de o privado não cumprir as orientações, seja de um determinado processo educacional, seja de um modelo de saúde que se queira implementar, como também o engessamento do Estado. Ou uma coisa ou outra” (PEREIRA, 2010, p. 187).

Analisando as políticas educacionais neste contexto de mudanças do papel do Estado, de provedor a regulador, mínimo mas forte, Ball (2004, p. 1110) aponta que a parceria público/privada está levando a uma fragilização das fronteiras entre os campos sociais e econômicos e enfraquecendo os efeitos de recontextualização com efervescentes discursos do privado no público articulado com noções de “parceria”. E essa é uma questão em foco na saúde brasileira nesse momento com a expansão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que estão ganhando cada vez mais espaço na oferta e gestão de serviços de saúde com recursos públicos.

Conforme informa a própria SES-SP as OSS são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado (SES-SP, 2013b). Estão regulamentadas pela Lei Federal n.º 9.637 de 15 de maio de 1998 (lei das Organizações Sociais) e Lei estadual n.º 846/98 (sobre as Organizações Sociais da Saúde). A SES/SP negocia anualmente contratos de gestão com as OSS “empenhando recursos orçamentários do tesouro estadual, em troca de resultados de desempenho específicos”; as OSS são responsáveis pela administração das unidades mas “o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Estado” (SES-SP,

2013b). De um total de 32 OSS qualificadas⁷⁵ no estado, a maioria está sediada na cidade de São Paulo. Cada Organização pode ser responsável pela prestação de diferentes serviços de saúde e unidades como hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Serviços de Análises Clínicas e de Diagnósticos e outros. A Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar (FAMESP), por exemplo, tem contrato de gestão das seguintes unidades: Hospital Estadual de Bauru, Hospital Estadual Manoel de Abreu - Bauru, Maternidade Santa Isabel – Bauru e AME Ourinhos.

De acordo com Ibáñez et al., (2001, p. 392) as OS surgiram no contexto do movimento de Reforma do Estado que no caso brasileiro redundou em modelos jurídico-administrativos que obedeceram mais “às figuras da administração indireta (autarquias, empresas públicas) ou, até mesmo, às fundações de direito privado, de apoio à administração direta”.

As OSCIPS foram instituídas pela Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999 (ACCORSI, 2011), (PECI et al., 2008), e estão sendo vistas como uma opção para gestão também na área da saúde como no estado de Minas Gerais.

[Parecer do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais sobre a contratação de OSCIP para desempenho de atividades na área da saúde].

Do exposto, é possível averiguar que somente as entidades que oferecem a promoção gratuita da saúde podem atuar em regime de colaboração com o Poder Público, nos moldes estabelecidos pela lei de regência. Obtido o título, a instituição privada poderá firmar termo de parceria com o ente público, porém é inadmissível a formalização de vínculo com o propósito de transferir para a iniciativa privada o que é dever do Estado, pois, conforme assentado alhures, o particular pode atuar na prestação de serviços de saúde em caráter complementar, ou seja, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de determinada área (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MG, 2010, p. 183).

Sobre a situação dos trabalhadores da saúde mediante as novas modalidades de gestão, o uso dessas Organizações como “saída” para alguns problemas corre o risco de aumentar a precarização do trabalho em saúde por meio do “uso indiscriminado de

⁷⁵Segundo lei estadual (Lei complementar n.º 846 de 04 de junho de 1998 e Lei Complementar n.º 1.095, de 18 de setembro de 2009) apenas as organizações sem fins lucrativos podem ser qualificadas como Organização Social e, no caso da Saúde, necessitam comprovar possuírem serviço próprio há mais de 5 (cinco) anos (SES-SP, 2013c).

contratações temporárias e emergenciais ou comissionadas, que afetam negativamente a qualidade dos serviços prestados e conduz os trabalhadores de saúde à defesa de projetos corporativos distantes dos interesses coletivos que orientam a Reforma Sanitária e o SUS” (CEBES, 2011).

Barbosa e Elias (2010) analisaram a gestão por OSS⁷⁶ em SP e identificaram que a administração indireta proporcionou no caso estudado maior eficiência administrativa e financeira, maiores salários para os trabalhadores embora com alta rotatividade.

Sobre a educação dos trabalhadores inseridos nesse contexto, não houve em nossa pesquisa menção a essas Organizações inclusive no que tange à participação nas CIES. A possibilidade de ressalva identificada está numa fala sobre a participação do setor privado como segue.

Pra instituição privada, ela faz isso como uma agilidade e ela consegue fazer a diferença, realmente, então eu acho que ela tem um papel fundamental, os serviços privados com a mente das filantrópicas, elas têm trabalhado muito a questão da humanização, do falar, da ouvidoria, do colegiado, da discussão e do trabalho em equipe, isso tem sido muito estimulado até mesmo pelos nossos contratos de planos operativos, essas iniciativas de EPs são sempre pontuados, não é? (ENTREVISTA 4).

A alusão à filantropia e contratos, na fala anterior, pode estar se referindo a alguma OSS mas trata-se de uma hipótese. Tais indícios apontam que caso haja alguma participação de OSS ela não é expressiva e pode estar limitada a ações junto a DRS(s) e não propriamente a CIES.

Se a SES/SP afirma que os serviços continuam sendo públicos é fundamental compreender o tratamento que tem sido dado também aos trabalhadores da saúde que estão sob a gestão dessas Organizações. Possivelmente novas pesquisas estejam sendo realizadas neste sentido mas de fato ainda não há clareza nas relações público/privadas que têm sido estabelecidas na área da saúde cuja natureza é ainda nas palavras de Cohn (2011, p. 247) uma “caixa preta” e cuja regulação não está definida (JOUVAL Jr, 2011).

Pahim (2009) analisou a implantação do modelo das OSS no estado de SP e aponta a importância de mais estudos sobre essas experiências pois a aferição de sua eficiência financeira, por exemplo, é no mínimo bastante complexa. A autora entende que há um risco

⁷⁶ Ver também Carneiro Junior e Elias (2006).

de que em “contrapartida à flexibilidade administrativa associada a esses modelos [...] tais estratégias acabem patrocinando indevidamente o fortalecimento dos subsistemas privados de saúde” (PAHIM, 2009, p. 142).

As dificuldades prementes nesse cenário vão ao encontro da análise de Mattos (2006) sobre a construção do Estado regulador brasileiro que convive com modelos distintos:

misturam-se modelos institucionais de regulação voltados para a correção de “falhas de mercado” e para o estímulo da concorrência entre empresas [...] com modelos de regulação e planejamento econômico voltados para o desenvolvimento setorial, exportação, inovação em matéria de pesquisa e política industrial [...] (MATTOS, 2006, 155).

A crescente privatização na saúde exigirá cada vez mais a regulação pública como “resposta” aos problemas decorrentes da atuação das empresas no sentido de conduzir “o mercado a um funcionamento economicamente eficiente como para impor aos atores econômicos as noções morais de justiça e equidade” (PÓ, 2011, p. 221) subordinando assim o mercado “às diretrizes das políticas de saúde com base no interesse público” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 125).

4.6. PAREPS

De acordo com a Portaria 1996 /07 as ações de EP são orientadas pelos PAREPS, construídos pelos CGR(s). O conteúdo desses Planos exige um detalhamento tanto da Região de Saúde quanto das demandas, metas e recursos necessários para execução das atividades de EP.

- 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 (BRASIL, 2007b).

Esses Planos serviriam de subsídio para as CIES(s) elaborarem projetos que contemplassem as necessidades locais regionais neles definidas.

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 (BRASIL, 2007b).

No entanto se percebe que em SP, dado o protagonismo dos CDQS e NEPS de cada DRS, esses PAREPS são elaborados anualmente em conjunto com os NEP(s) dos CGR(s) ou representantes, definindo já as propostas de EP a serem desenvolvidas.

Do nosso NEP regional. E aí aqui a gente discute e aí a gente constrói o Plano Regional, esse plano regional, após aprovado aqui no nosso NEP, vai para o Colegiado de Gestão, aí lá no CGR os secretários aprovam pra que a gente possa mandar para São Paulo, lá pra CIES [...] É, na verdade, vai para os técnicos lá de São Paulo, não é? Aí eles aprovam e aí montam o estadual, que é o que eles encaminham para o Ministério da Saúde, pra gente (ENTREVISTA 1).

Não está claro o fluxo relatado na fala anterior, pois nas atuais diretrizes da Política os Projetos de EP não precisam mais ser encaminhados ao MS para aprovação e obtenção

do financiamento como acontecia quando ainda estava em vigor a Portaria 198 de 2004. Talvez seja uma referência ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde que conforme a nova Portaria deve ser elaborado e pactuado pela CIB.

Os PAREPS devem ser construídos pelos CGR(s) com assessoria das CIES(s), homologados na CIB, e servir de base para elaboração de projetos pelas CIES. Esses projetos devem ser aprovados pelos CGR(s) que definiriam então a execução orçamentária. Os critérios para alocação orçamentária referente à Política para os estados estão detalhados no anexo I da Portaria 196 de 2007. Questões relativas ao financiamento ainda serão tratados adiante (item 7).

Em SP, mesmo havendo a construção de PAREPS por CGR, há casos em que as propostas são agregadas num único Plano por DRS.

Geralmente, é anual, é que os movimentos começam com o passado, não é? [...] é que nós aqui, do DRS, como nós juntamos os recursos, geralmente os movimentos são grandes cursos para todos os colegiados distribuindo os seus recursos. [...] Os outros não, os outros fazem geralmente com recursos pra cada colegiado, [...] como o recurso está muito pequeno, a gente avalia que, se a gente juntar numa única ação, o impacto dessa ação é maior do que revisar o recurso, essa é uma decisão que passa pelos gestores, é uma sugestão do NIES que passa, evidentemente, pelos gestores [...]. Este ano, provavelmente, a gente vai ter alguns recursos que serão específicos para algum colegiado que tem uma necessidade específica que já levantou, não é? Então, a gente já traçou, para 2013, recursos que vão ser usado por todos, como, por exemplo, a qualificação do conselheiro municipal de saúde, vai ficar para a gestão, não é? [...] mas tem coisas específicas que nós vamos atender especificamente porque vamos começar a construir o PAREPS na semana que vem, já temos 3 encontros com os articuladores de cada um dos colegiados, os principais articuladores de cada um dos colegiados e fazendo a junção dos PAREPS para o próximo ano aqui (ENTREVISTA 4).

É, nós estamos nesse momento, é o momento de construção do PAREPS, é uma articulação que todo ano a gente tenta fazer de uma maneira mais inclusiva possível, junto ao CGR, ao gestor, ao trabalhador, que está lá na ponta. [...] Isso, a gente passa por DRS, parece que é feito por região de saúde, então, assim, nesses anos que nós estamos aqui, a gente vem tentando fazer de uma forma mais inclusiva possível. [...] Isso, cada região de saúde é representada, é uma região de saúde e tem o seu Colegiado em Gestão Regional, representa a região na figura do gestor e é o espaço de deliberação, então a gente tenta na articulação com o PAREPS, a gente chama todo mundo, a gente chama o articulador de EP, que é o trabalhador, mas a gente também entende que é uma pessoa que está ligada a gestão, porque, a partir do momento em que o gestor indicou aquela pessoa, ela tem que ter uma canal de comunicação e conversa com esse gestor. E também chama o gestor, o gestor, o secretário de saúde, o gestor municipal de saúde,

então a gente tem um movimento de tentar olhar o que a gente já faz, quais as necessidades; eles olham lá no território, se enxergam alguma necessidade que precisa de alguma tentativa; [...] A gente tem que fazer de uma maneira inclusiva, mas também não é uma tarefa muito simples, isso inclui todos esses atores pra discutir um plano de ação em educação permanente no plano regional, porque também tem as especificidades de cada município, mas também tem essa questão que é um PARESP regional, então são muitos elementos, muitos ingredientes que vem à tona na hora de articular essa composição de grupo para pensar num plano regional, não é? E depois tem a execução desse plano também (ENTREVISTA 6).

Constata-se que as especificidades municipais são um desafio ao se pensar num Plano de ações por Região de Saúde. Cumprir a diretriz das CIES criarem projetos a partir dos PAREPS parece ser um desafio maior ainda. As falas dos sujeitos ventilam no sentido de que os CDQS empregam grande esforço para que esses Planos sejam construídos e definidas as propostas de ação. Não obstante, o aumento da área de abrangência territorial de uma proposta tende a aumentar o seu distanciamento dos serviços locais e a dificuldade em atender as suas demandas.

Sim, os PAREPS. Construímos. [...] Então, assim, enquanto órgão regional, a gente também precisa de um protagonismo do município, então não dá pra eu sair daqui e ir a todos os municípios fazer a discussão. [...] Isso, então a gente faz isso via município, então o que chega deles é o que a gente constrói, então chega dos municípios, minimamente se faz um espaço coletivo de discussão, não é? E você trabalha com o que vem dos municípios, tá? Então os primeiros PAREPS foram construídos dessa forma e foram pensados em projetos já, tá? Então, assim, necessidade e projeto. Esses últimos, a gente levantou necessidades também em cima do contexto do município, mas a gente pensou em grandes temas, tá? Então, assim, o que que está dado hoje? Hoje é rede, a Rede Cegonha? Rede Urgência Emergência? Então a gente precisa qualificar os profissionais pra estar atuando, não é? Repensando essa lógica de trabalhar em rede, então esses PAREPS últimos foram trabalhados em cima de grandes eixos e temas, tá? [...] Um por ano. Isso, mas, assim, sempre, os últimos sempre problematiza o anterior. [...] Vamos retomar no PAREPS anterior? No PAREPS seguinte, não é? Então um pouco em cima disso, de sempre repensando, problematizando o que foram construídos, anteriores (ENTREVISTA 5).

Notamos também que é recorrente na construção dos PAREPS tanto a discussão dos Planos anteriores, avaliando as ações cumpridas e as demandas ainda não contempladas, quanto a definição de temas, eixos, que norteiam a elaboração desses Planos, a exemplo da questão das Redes.

Mas porque é tudo muito mais complicado. Como tem proposta de 2009 que ainda não executou. Não executou ou por falta de ofertas ou porque tinha outras coisas burocráticas [**Pergunta: Quando uma demanda não é cumprida naquele ano, ela volta no PARESP seguinte ou ela fica no PARESP anterior e o PARESP anterior volta?**] O posterior, a gente vai resgatando. Exatamente, tanto é que nós fizemos 2013, mas 2012, a gente nem começou outras [...], foi o único que a gente fez diferente, é o único que a gente fez um só para os cinco (5) [CGR(s)], por quê? [...] Pra que que a gente vai fazer cinco (5), tudo parecido? Fizemos 1 só e tivemos quatro (4) diretrizes, quatro (4) grandes diretrizes, então nós fizemos um de entrada em Redes de Atenção Básica, um de Saúde Mental e um de Urgência e Emergência [...] quatro (4) linhas, o básico em cima dessas quatro (4) (ENTREVISTA 2).

A constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é orientada pela Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). No estado de SP 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) estão sendo implementadas, conforme detalhado no item 10. As RRAS são organizadas por Redes Temáticas tais como urgência e emergência, materno infantil, oncologia e traumatologia e que tem fundamentado a construção dos novos PAREPS.

Além dos desafios da construção de um Plano regional a maior dificuldade relatada pelos entrevistados sobre os PAREPS diz respeito à execução do recurso financeiro para realização das atividades propostas.

Acho que uma questão que dificulta, eu vejo, é a própria condução do recurso financeiro disponível, não é? No próprio estado, no estado de São Paulo, foi definido de forma bipartite entre COSEMS e Secretaria, que esse recurso é do Colegiado e que ele é liberado para os municípios, então, assim, o município hoje, utilizar o recurso financeiro da educação permanente, na minha região, é uma questão ainda a ser discutida, porque nós temos vários projetos a serem construídos com dificuldade na utilização do recurso, não é? (ENTREVISTA 5).

Os dispositivos para o financiamento das atividades de EP definidos pela Portaria 1996/07 e as dificuldades ainda existentes para a utilização dos recursos disponibilizados serão discutidos a seguir.

4.7. A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO: os desafios de uma gestão regional

As dificuldades no financiamento das atividades de EP estavam entre os maiores entraves da Política no período de vigência da Portaria 198 de 2004 (VIANA et al, 2008), (SCHOTT, 2008). Nessa época os projetos elaborados na esfera estadual eram encaminhados ao Ministério da Saúde e em caso de aprovação recebiam o devido recurso que era transferido diretamente para alguma instituição (de ensino; secretarias municipais, estaduais; serviço de saúde, outras) participante do Pólo (BRASIL, 2004). Em alguns casos houve apoio também de Secretarias Municipais bem como de SES, por exemplo, no estado de SP (VIANA et al, 2008). De maneira geral a necessidade de mudança na lógica de financiamento na PNEPS era consensual (SCHOTT, 2008).

Os atores participantes da pesquisa em parte aprovam as novas diretrizes e em parte entendem ser uma questão que ainda necessita avançar. Pela Portaria 1996/07 os recursos financeiros são transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios seguindo as pactuações nos órgãos colegiados. O CGR tem a atribuição de 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;” (BRASIL, 2007b).

[Pergunta: Você acha que essa mudança na diretriz quanto ao financiamento nos primórdios pra agora melhorou?] Muito, muito, porque quem define é o gestor, ele é que é o dono do recurso, essa é a diferença, o recurso é muito pequeno pro tamanho do desafio que a gente tem, que é mudar a prática do processo de trabalho [...] É uma tarefa difícil, o recurso é irrisório para o tamanho de nossa tarefa **[Pergunta: E esse financiamento vai para os fundos municipais?]** É. Quem executa é o fundo municipal que se dispõe a executar, então o colegiado, nós já tivemos uma execução [...] ele executou o recurso de todos os colegiados, o recurso dele, ele executou, eu sou contra, agora, nós estamos com [...] fazendo a execução desse recurso, é uma decisão do colegiado. E o colegiado combina que o recurso vai para o fundo de um município que faz a gestão. Tem essa possibilidade, o que facilita enormemente a execução do recurso, [...] Isso dá uma liberdade grande, a gente não tem tido nenhum problema, não é? Nós temos como isso ser aprovado, além de exercitar a autonomia e protagoniza o município em fazer a gestão do recurso que não é dele, não é? É complicado, não é? Porque é de todo mundo (ENTREVISTA 4).

Embora a transferência entre fundos pareça ser mais viável, o uso dos recursos para EP ainda não é uma tarefa facilmente exequível.

Na verdade, é bem simples, foi um avanço, mesmo vindo de cá, foi um avanço, óbvio, já saiu do ministério, já está aqui em casa. [...] Só que, quando chega pra gente executar, pra gente, região, executar, é um embrólio, para executar isso, desafio, era aqui, era difícil, porque o recurso que teoricamente era do colegiado, que seria o recurso que você viu, não é? Dividiu uma fatia para cada um [CGR]. Os recursos são uma ação, mas ele não é uma pessoa jurídica, então ele não tem como executar, não é? [...] eu vou dar um exemplo que aconteceu aqui, uns falam, um só, unzinho só que o município aceita, um município aceitou receber o financeiro, só um de tudo que a gente já tem; tem colegiado que não aceitou nenhum, então a gente fez tudo por hora-aula. Por que que ele não aceita? Porque tem que dar conta? [...] E também tem que ter, no caso, algo que está de fato acontecendo naquele município pra que ele ofereça: não, eu vou executar isso, tem que acontecer ali, aí perde a questão regional, não? [...] Nós chegamos a fazer aqui uma reunião com o tribunal de contas do estado, chamamos representantes do colegiado e chamamos o tribunal de contas e fizemos, o tribunal falou: pode. Só que não pôs por escrito, entendeu? Pode, só que não pôs por escrito, falou pra gente, falou pra mim depois. [...] Nossa, essa questão do financiamento tem que avançar, tem que avançar porque, assim, continua amarrado [...] Aí fica na conta do estado ainda, por que: O que que acontece? Quem faz a contratação dos docentes somos nós, do CDQ, quem faz o pagamento, a planilha de pagamento somos nós do CDQ e quem paga? A Secretaria de Saúde [...] A gente tem um decreto específico que a gente pode, de maneira secreta, fazer essa forma de pagamento, mas você pode ir a qualquer outro estado de todo o Brasil que não tem. [...] Dá uma impressão de uma tutela do estado, mas não é, porque os outros não querem assumir o risco. Isso porque é do tribunal de contas, a gente vai receber dinheiro do fundo. Então, precisa achar uma saída legal pra isso, não é? É isso que está fazendo com que o estado de São Paulo use um pouco mais de recurso [...] dinheiro só vem atrapalhar, porque complica e aí o dinheiro público, eu falo dos diretores do CDQ porque é um caso administrativo, não é? [] eu falo, gente, enquanto a gente está no campo, articulando mais a política e tal, eu estou aqui presa, se pode gastar dinheiro, se não pode, chamando o tribunal de contas, fazendo, conferindo prestação de conta nessa semana mesmo, entendeu? Então, isso é uma dificuldade e é a maior de todas (ENTREVISTA 2).

O recurso disponível para uma determinada Região de Saúde e que pode ser utilizado para realização das atividades previstas no PAREPS, precisa ser executado por um município. Todavia nem toda ação de um Plano regional atende todos os municípios e neste sentido a administração local tem que prestar contas de uma ação não realizada no seu território.

A gente só consegue acessar o recurso se a gente já tem uma proposta e é aprovada por esse grupo em São Paulo, então mesmo depois que eu construa o meu Plano, eu construo o meu Plano e mando pra São Paulo, tá? Só que lá no meu Plano tem informações, coisas que eu acredito que serão necessárias, mas não tem nada muito concreto, por exemplo, este ano nós fizemos uma ação de saúde da mulher, aí nós montamos um projeto junto [...] com um docente só,

mandamos pra São Paulo, foi pra São Paulo, São Paulo tem um grupo de educação permanente, que aí eles fazem a leitura, colocam as considerações e as recomendações, aprovam ou não esse projeto e, depois que eles aprovam esse projeto, ele vem pra gente, aí o recurso é repassado; o recurso pra esse pedacinho, não é o recurso total que eu tenho aqui, então em um trâmite burocrático aqui pra gente conseguir acessar os recursos. E isso é uma coisa que a gente vem discutindo na nossa CIES [...] (ENTREVISTA 1).

A facilidade para transferir recursos da esfera federal aos fundos estaduais e municipais de saúde é incontestável. A destinação dos recursos às ações de Educação Permanente no ritmo desejável esbarra nas legislações e procedimentos para a execução dos recursos e na pouca experiência de servidores públicos nas áreas meio. Este componente desempenha um papel importante na explicação de recursos não realizados na área finalística (Educação) e em atividades de EP que não se realizam conforme planejado (VIANA et al., 2010b, p. 19).

Os trâmites necessários para execução do recurso financeiro demandam dos atores envolvidos tanto tempo de trabalho em questões de áreas que não são de sua competência quanto receios sobre a prestação de contas principalmente de recursos a serem usados regionalmente e por isso em mais de um município. Diante das dificuldades para execução, os recursos ao invés de ajudarem acabam muitas vezes dificultando a realização das atividades pretendidas embora muitas delas também não possam ser realizadas sem o devido financiamento.

A expectativa é que esses desafios no financiamento ainda serão superados à medida que avançar o processo de regionalização da saúde que está embasado em pactuações que tem haver com o “compartilhamento de recursos orçamentários pelos diferentes entes” (LEVI e SCATENA, 2011, p. 83).

Albuquerque et al. (2011) analisaram o processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros e chamam a atenção sobre a complexidade da gestão regional, governança, num vasto território onde se conformam redes específicas de saúde com alto grau de autonomia operando em tênues fronteiras entre o público e o privado. Os autores identificaram que no estado de SP o contexto da regionalização em saúde é favorável nas três dimensões pesquisadas: histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural. Quanto às características da regionalização foi constatado em SP que a institucionalidade (histórico, planejamento, mecanismos e papel da SES) é avançada, a governança (diversidade de atores com peso na regionalização, mecanismos de coordenação,

importância da CIB) é do tipo coordenada-cooperativa⁷⁷, e os impactos e inovações institucionais (existência de mudanças no sistema estadual, na coordenação intergovernamental, nas estruturas e no papel do Estado) foram considerados incrementais⁷⁸.

De acordo com Levi e Scatena (2011, p. 113), “dado que o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade que tem que ser construída, gerida e financiada mediante acordos e negociações” o maior desafio na gestão regional em saúde será suplantar os “interesses particulares em função de um bem coletivo”.

Nesse processo de acordos e negociações regionais destacam-se os CGR(s) e o papel das CIB(s) instâncias que também tem atribuições específicas na PNEPS.

Machado et al., (2011, p. 196) analisaram o papel das CIB(s) na regionalização em saúde no país (no período de 2007 - 2009) e apontam que essas instâncias estão sofrendo mudanças recentes que “reiteram seu papel privilegiado na coordenação federativa das políticas de saúde”. Os autores identificaram que a implementação dos CGR(s) “representa a maior inovação dos processos de regionalização em andamento nos estados” impactando positivamente as CIB(s) no sentido de seu fortalecimento e qualificação.

Lima e Queiroz (2012, p. 248) analisando a implantação nacional do Pacto pela Saúde (no período de 2006 - 2010) identificaram que os CGR(s) “apresentavam funcionamento irregular e incipiente em muitas regiões e, em geral, não possuíam estrutura e recursos suficientes para o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos”. As autoras consideraram ainda ser insuficiente a implantação de fluxos e modalidades de relacionamentos específicos entre os CGR(s) e as CIB(s) para superação de “dificuldades relativas ao exercício descentralizado do poder de negociação e de decisão” (LIMA e QUEIROZ, 2012, p. 248).

⁷⁷A governança coordenada-cooperativa é aquela em que “se estabelece uma direção para o processo de regionalização com definição de metas e objetivos específicos e há uma relação de cooperação entre os atores (principalmente os governamentais)” (ALBUQUERQUE et al., 2011, p. 129).

⁷⁸Os tipos de impactos/inovações institucionais variam de acordo com “o ponto de partida, a intensidade e as velocidades de mudanças” e foram classificados em: radicais, incrementais, embrionários e ausentes (ALBUQUERQUE et al., 2011, p. 130).

Parece ser justamente no sentido do fortalecimento dessas instâncias e da regionalização em saúde que a PNEPS tenha lhes dado diversas funções relativas à EP. No entanto reiteramos que definir atribuições precípuas a Política a tantos entes os quais também enfrentam dificuldades próprias pode pulverizar a responsabilização pela mesma ao invés de legitimá-la além de aumentar o espectro de “recontextualizadores” (BERSTEIN, 1996, p. 91) e que pelo poder da gestão e ratificado pela própria Política pode imprimir deslocamentos do discurso que se opõem aos objetivos da proposta tamanha a descontextualização. E é neste sentido que a PNEPS pode não resultar em ações de ordenação da formação e de educação permanente para os trabalhadores da saúde pois ‘se perde’ no processo.

A tramitação por muitas instâncias ou grandes colegiados é vista por Sabatier e Mazmanian (1996, p. 340) como uma possibilidade de aprovação mas também de veto pois são situações que um ator pode impedir que se alcance os objetivos normativos “independentemente de su autoridade legal”. Lima (2011) considera que as normas são reinterpretadas em todo processo de transição de um contexto ao outro e que as organizações, os atores deste processo, conformam um *locus* não de reprodução desses textos mas de produção de regras próprias, novos conteúdos, transitórios ou perenes, que criam “rupturas” com as orientações preestabelecidas configurando assim uma “infidelidade normativa” (LIMA, 2011, p. 70).

Dessas *descontextualizações* vão emergindo os entraves para a Política que ainda que se valha de um consenso da agenda da saúde acaba sofrendo vetos ainda que não explicitados, ou seja, vetos velados que frustram a expectativa de ver a Política sair da *intenção* e se converter em *ação*.

Sin embargo, cuando la acción es inaplazable y cuando la influencia de la autoridad ensombrece los resultados, el desenlace que cabe esperarlo es un sentido generalizado de protección contra la arbitrariedad, sino una difusa sensación de frustración (REIN e RABINOVITZ, 1996, p. 158).

É importante ressaltar, no entanto, que a *recontextualização* da política não é necessariamente negativa. Há que se considerar que os novos conteúdos ganhos na “infidelidade” à norma possam ser os caminhos encontrados pelos atores para viabilizarem

a Política ou dar sentidos a ela que a tornem mais coerente, e não tão estranha aos sujeitos e às condições da prática que se perca no processo de implementação. O incremento e as perdas que a política vai sofrendo nesse ciclo e entre os diferentes níveis e contextos ao longo de sua *tradução*, podem também corrigir distorções inerentes ao próprio *texto*. No estado de SP, a PNEPS pode estar em implementação pela apropriação que os CDQS e NEPS tem feito de seu texto. É possível que essa *recontextualização* embora ainda não signifique a obtenção dos resultados almejados talvez seja o caminho mais viável para que a Política se mantenha de alguma forma ainda em curso.

4.8. COMPREENSÕES DE EP

Nesta pesquisa interessou-nos conhecer qual compreensão de EP têm os sujeitos participantes os quais estão entre os atores mais envolvidos com a PNEPS no estado de SP. A análise está fundamentada na reflexão sobre a historicidade da Educação Permanente e da apropriação deste conceito pela área da saúde para transformação das práticas na atenção à saúde discutida no capítulo 2.

A compreensão observada é consoante ao conceito de EP difundido pela OPAS e adotado pelo MS no Brasil e que fundamenta a PNEPS. Trata-se de uma concepção de educação que parte do trabalho, da realidade dos serviços, e que busca coletivamente as soluções para melhoria da atenção, do cuidado em saúde.

[Pergunta: Eu quero entender o que você compreende por educação permanente?]

É, e aí, eu não sei, é no trabalho mesmo, no coletivo do trabalho, não é? Aí tem o viés Político dela, não é? Da gestão, da co-gestão. Quando você consegue que o gestor comece a entender o que nós temos na mente, ele vai dando liberdade para as pessoas participarem das decisões, não é? E isso é muito bom para as pessoas e, no final, vai ser bom mesmo para os gestores e, principalmente, para os usuários, não é? Porque vai refletindo no trabalho diferenciado, então eu penso assim [...] porque o entendimento difícil, a gente sabe que o entendimento é difícil, aí você tem grande parte de pessoas, profissionais, diretores, que entendem educação permanente como curso, que educação permanente é aquela que tem um monte de curso, não é educação permanente, não é? [...] eu achei [...] já faz uns dois anos, em algum lugar, algum autor escreveu que a educação permanente é aqui, agora, com essas pessoas, não é? Eu falei, gente, é isso, é o aqui, o agora, com essas pessoas, e isso é educação permanente, não é? Que a gente pensa, nessa roda, aqui, agora, nesse momento, as pessoas jogam aqui na

roda o que a gente está precisando, o que está atrapalhando de tanto o nosso trabalho quanto de nossa prática e vamos achar um caminho ou não, mas é aqui e agora, pra mim, educação permanente, é isso. [...] E vamos tentar achar um caminho pra isso, pra encaminhar isso, não é? Então, pra mim, isso é educação permanente, não é? (ENTREVISTA 2).

Percebe-se que o discurso da EPS geralmente coloca a qualidade do trabalho em saúde centrada no trabalhador privilegiando a EP como processo e estratégia para mudança institucional. Considera-se o sujeito e o objeto como alguns dos elementos constitutivos do processo de construção do conhecimento: “[...] o sujeito que aprende, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto, e, o instrutor como facilitador desse processo” (OPAS, 1991, p.23). Nota-se portanto que a proposta da EPS tem sido considerada como processos de ensino-aprendizagem em que o trabalho é o objeto a ser aprendido e apreendido pelo trabalhador sujeito da construção permanente do conhecimento. A transformação das práticas nos serviços de saúde seria nesse processo resultado da problematização dessa realidade vivida pelos trabalhadores da saúde coletivamente.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004b).

A problematização da realidade teria a qualidade de privilegiar a integração ensino-serviço-comunidade propiciando “[...] reflexão sobre os papéis dos sujeitos que aprendem, o objeto a ser aprendido, o conhecimento que deriva desta integração [...]” (OPAS, 2000, p. 18).

Ah, eu acho que uma proposta de educação permanente, acho que começa com um espaço democrático, não é? Então, assim, de um serviço, de uma unidade, onde você senta, não é? Senta, abre voz, espaço para comentar, sabe, respeita sobre seu trabalho e, a partir daí, você pensa em alguns enfrentamentos, algumas questões de melhoria de processo, mas a condição é você socializar, não é? Então eu acho que, assim, o contexto democrático pra mim é a primeira questão, porque, assim, trabalhar com educação permanente pra mim é pensar num espaço

coletivo que as pessoas possam falar, não é? Refletir sobre o seu trabalho, não é? E tentar qualificar. E aí até identificar a necessidade de processos formativos mesmo, não é? Então, assim, então aquele meu setor, a gente percebe que precisamos trabalhar com organização, com planejamento, enfim, mas a gente só vai perceber isso na hora em que você discute, enfim, levanta algumas questões, não é? (ENTREVISTA 5).

A EP é uma estratégia que possibilita a transformação das realidades a partir de questões que emergem das práticas. (QUESTIONÁRIO 4).

Compreendemos que valoriza o território das práticas, tendo como objetivo o desenvolvimento do pensamento crítico/reflexivo dos diversos atores envolvidos em suas práticas a partir da problematização, onde permite identificar os problemas encontrados na rotina do dia a dia abrindo espaço para busca de soluções e mudança de prática (QUESTIONÁRIO 1).

Berbel (1999) discute a *problematização* enquanto uma metodologia de ensino a partir de Bordenave e Pereira (1982), Vásquez (1977) e da obra de Freire, entendendo que sua “finalidade maior é promover, através do estudo, uma transformação, mesmo que pequena, naquela parcela da realidade” (BERBEL, 1999, p. 6) de onde se extraiu o problema sobre o qual foi realizada a discussão, o estudo, a investigação. A autora aponta que o retorno a essa realidade no fim do processo tem a expectativa de transformá-la em “algum grau”; ou seja, “pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 1996, p. 39).

Ribeiro (2001, p. 9) reconhece o desafio da problematização pois “[...] o problema só é problema para alguém, e o que é problema para alguns pode não sê-lo para outros [...] são parte do movimento de transformação, [...]” mas entende “que trabalhar com eles representa um enorme potencial para revermos nossas práticas, razão pela qual se constituem como categoria fundamental na construção da EPS”.

Como que eu compreendo? Eu compreendo que ela é uma estratégia, um instrumento pra modificar as práticas na saúde, não é? Nosso plano de saúde, não é? Pra olhar as práticas pra mudança das práticas, é um instrumento, uma estratégia para as práticas em saúde, não é? E um momento, não é? De aprendizagem, um momento de aprendizagem, de troca, não é? Do profissional. [...] eu acho que tem uma estrutura [...] a gente também tem que enxergar ela como uma possibilidade pro outro pensar que [...] que pode haver mudanças [...] mas ela sozinha não é suficiente (ENTREVISTA 3).

Lidar com perspectivas diferentes sobre uma mesma realidade implicando os sujeitos nos faz retomar a questão da *implicação* apontada por Merhy (2005) que é coerente com a perspectiva *freireana*.

Por outro lado, quanto mais me assumo como estou sendo e percebo a ou as razões de ser de porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar, de promover-me, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica. Não é possível a assunção que o sujeito faz de si numa certa forma de estar sendo sem a disponibilidade para mudar. Para mudar e de cujo processo se faz necessariamente sujeito também (FREIRE, 1996, p. 39).

[...] somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir, protagonizando processos novos como força de mudança [...] sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas (MERHY, 2002, p.15).

Percebemos nas falas dos participantes a preocupação com um olhar e ação sobre a prática num agir coletivo, e daí democrático, não centralizado, para que haja a implicação tanto da gestão do serviço, como da formação, dos trabalhadores e da comunidade efetivando assim o *quadrilátero* proposto para a EP a fim de “[...] expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso” (MERHY, 2005, p. 174).

Uma ferramenta de gestão em saúde, que tem como objetivo a proposta estratégica de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão e controle/participação social. Uma prática pedagógica de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde em serviço (QUESTIONÁRIO 2).

A gestão democrática é uma herança da noção de gestão colegiada da Política imprimida desde os Pólos que redundava para uma gestão participativa também nos serviços de saúde valorizando o trabalho e as decisões da equipe sendo a EP um recurso para gestão do trabalho e da educação na saúde. “Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes [...]” (BRASIL, 2004c, p. 10).

Como as CIES(s) não estão consolidadas, e a Política agora dá à gestão municipal e regional um papel central para sua implementação, os sujeitos reconhecem a EP também como uma ferramenta para a articulação regional⁷⁹.

Como um processo em construção nas esferas municipais e regional. Como um processo em construção e um grande desafio: tanto na produção do cuidado em saúde, sendo constituídas de práticas pedagógicas quanto na construção de atos de saúde [...] (QUESTIONÁRIO 3).

Minha compreensão, quanto a Educação Permanente em Saúde, é que esta Política, tem o papel fundamental de discutir, construir, apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos para processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores de acordo com as necessidades do SUS [...] (QUESTIONÁRIO 5).

Percebemos que a EPS é portanto considerada como mobilizadora de intencionalidades do sujeito mediante a identificação e a construção dos problemas existentes a partir da análise dos processos de trabalho (RIBEIRO, 2001). Trata-se de uma proposta de educação crítica que reflete a realidade buscando como transformá-la tendo assim a problematização como uma metodologia. No entanto a formação precedente dos trabalhadores baseada numa educação “bancária” é um desafio.

O que a gente percebe é que é, assim, o profissional, ele não foi formado para trabalhar com educação permanente, a pessoa é formada ainda nos moldes tradicionais, que tem um professor que sabe todo o conhecimento com a ideia de que eu estou transferindo conhecimento pra você e você tem que cumprir aquela carga de conhecimento, aquele conteúdo e você tem que absorver tudo aquilo, então os funcionários foram formados assim, então, quando a gente chega numa unidade e aí a gente fala: olha, hoje a gente vai saber sobre a saúde da mulher. O que eu sei sobre a saúde da mulher? Então, assim, é o momento em que você não está trazendo cultura, mas você quer que ele traga o conhecimento que ele tem para você poder compartilhar ele e construir, então, muitas vezes, eles acham que é um modo a mais, não entendem isso como um processo administrativo, que é uma construção que influi que você vai conseguir melhorar aquele serviço, que ele vai dizer: olha, o meu problema é esse, aí o amigo fala: ah, então vamos melhorar esse problema. O que que a gente pode fazer? Ah, eu acho que, se a gente tirar essa mesa daqui e colocar aqui, vai atrapalhar menos a entrada, então, assim, essas discussões, de um simples disparador, vão aparecer várias coisas que você consegue e, no final, você vai conseguir resolver aquele problema daquela

⁷⁹ Sobre as expectativas dos sujeitos do papel da EP na regionalização ainda discutiremos adiante (item 4.10).

tarde, mas eles não entendem isso como um processo educativo, eles acham como um algo a mais. [...] tenho visto isso muito nessa formação que a gente fez de saúde da mulher, que tem essa proposta de problematizar mesmo, proporem uma ação, eles têm uma questão que eles voltam para uma ação de intervenção e aparecem coisas bem diferentes, é isso que a gente está conseguindo movimentar o município, não é? Não é simplesmente traz um aluno, o aluno é só aquela pessoa que recebe o conhecimento, e essa pessoa vai pra casa e esse conhecimento é só dele, ele não compartilha com mais ninguém. Essa mudança é a que a gente está propondo, não é?(ENTREVISTA 1).

Identificamos ainda que na compreensão sobre EP está evidenciada a existência da dualidade com a educação continuada conforme discutido anteriormente (item 2.3).

Na teoria, a gente ouve dizer que é educação específica, não é? Que é propor ações que transformem o cotidiano de trabalho desse profissional, o que a gente tem visto muito é um desencontro muito grande entre as informações, que mais a gente ouve nisso que eu estou falando. Eu estou falando educação permanente, mas, na verdade, a gente está falando de educação continuada, a gente não sabe muito bem definir uma e outra, conhecem a Política, eu acho, assim, que educação permanente pra mim é uma coisa que está muito em desenvolvimento, eu ainda não tenho uma compreensão adequada do que é não [...] se você falar que trabalha num centro de desenvolvimento é mais fácil, centro de desenvolvimento pro profissional, perfeito, agora, quando fala de educação permanente, as pessoas não tem muito essa compreensão não, então eu acho que a gente ainda tem essa barreira aí pra atravessar, a gente não sabe [...] acho que, assim, que eu não tinha noção também exatamente do que era, eu tinha outra ideia do que era educação permanente, eu achava que a gente podia pensar a roda e problematizar e aí resolveria. E, às vezes, ela confunde com a rotina. Muito, confunde muito. [...] (ENTREVISTA 1).

Está claro tanto na PNEPS quanto na compreensão dos sujeitos que a EP é uma estratégia em que o trabalhador é o sujeito de mudanças das práticas em saúde e de alguma forma da organização. Seria uma educação para além de cursos e capacitações pois deveria ocorrer cotidianamente nos serviços de saúde como parte da própria gestão e prática profissional com vistas à melhoria da atenção à saúde. Como temos visto ao longo desta análise, a implementação da Política parece ainda estar muito mais na intenção da EP que uma inserção real dessa educação na atuação dos trabalhadores da saúde. Embora ocorram experiências no âmbito da Política, como atualizações, discussões, capacitações que são necessárias, ainda há que se avançar no sentido da educação como inerente ao processo de trabalho ou como estruturante.

Chamamos a atenção para algumas questões inquietantes e que merecem ainda serem pontuadas, embora não tenham sido especificamente objeto deste estudo, que dizem respeito sobre a relação de força que tem o profissional com as condições reais dos serviços em que atua. Que parcela dessa realidade pode ele transformar ao problematizá-la?

A reflexão aqui proposta parte de indagações como: De que realidade se está falando? O que se problematiza então na EP em saúde no Brasil? Sobre o que os trabalhadores da saúde tem que discutir, refletir e tentar extrair desse processo soluções para os dilemas e desafios que essas situações de trabalho lhes impõe cotidianamente? Essa problematização dá conta de colaborar para transformar esses serviços de saúde melhorando os processos de trabalho e por fim o cuidado a saúde da população?

Primeiramente há que se considerar os elementos que são constitutivos do trabalho em saúde independente das condições dadas para sua concretização e que o diferencia essencialmente de outras atividades profissionais que é o lidar com a vida e com a morte. Além de todo esse constituinte sobre o qual não adentraremos, há outros meandros pelos quais passam as atividades nos serviços de saúde que são as condições de trabalho: salários, escalas, tipo e quantidade de profissionais, infraestrutura das unidades, referência e contra referência, financiamento para as necessidades locais, atendimento móvel e transporte, gestão e outras demandas próprias para efetividade de cada serviço.

A educação continuada ou permanente em saúde é uma estratégia que tenta melhorar os serviços de saúde pela atividade/ações/práticas de seus *recursos humanos* utilizando a educação como instrumento? Ou trata-se de uma proposta de educação ao longo da vida para os trabalhadores da saúde tendo o trabalho como princípio educativo? Em ambos os casos provavelmente ocorrerão melhorias nos serviços de saúde no entanto, sem melhores condições de trabalho há de se saturar facilmente a condição do trabalhador de mudar a realidade pois as necessidades ultrapassam os limites da sua capacidade e/ou vontade adquiridos ou não pela crítica que foi capaz de produzir. Há um risco de colocar o profissional numa situação de impotência, em que são escassas as condições para resolução dos problemas. Há que se considerar ainda a exaustão/esgotamento desse trabalhador ao sentir sobre si a responsabilidade de atingir o que pode ser inatingível a depender dos recursos que estejam à sua disposição. Observamos que, neste estudo, não ouvimos os

profissionais mas entendemos que outros estudos devem fazê-lo no sentido de identificar junto a eles a compreensão que têm sobre a EP e os desafios para mudanças nas práticas em saúde aprofundando assim as questões aqui levantadas.

Por outro lado, uma proposta de educação ao longo da vida para os trabalhadores da saúde tendo o trabalho como princípio educativo pode trazer também alguma melhoria para o serviço mas esse não será o objetivo principal e portanto a obsolescência e/ou mesmo a precariedade das condições de trabalho não frustrarão tanto esse profissional, pois o processo de educação do qual faz parte está pautado no seu desenvolvimento reconhecendo a importância das experiências por ele vividas.

Notamos que o discurso da educação como transformadora do sujeito e daí, em alguma medida, da prática é notadamente reconhecido. O que destacamos é o quanto a educação pode redundar em transformação dos serviços de saúde frente as suas reais condições? Neste sentido trazemos a observação de Canário (2003) sobre a formação no campo da saúde na perspectiva da *mudança organizacional*:

As situações vividas pelos profissionais de saúde ocorrem no quadro de organizações sociais, pelo que a dimensão organizacional atravessa necessariamente as práticas profissionais, bem como o seu processo (formativo) de produção em contexto, através da interação entre os diversos atores (CANÁRIO, 2003, p. 132). Esta consideração da dimensão organizacional da actividade profissional e, portanto, da importância das aprendizagens recíprocas feitas pelos actores em contexto vem pôr em causa a idéia (simplista) de querer mudar o hospital pela formação ou, de um outro ponto de vista, de querer mudar a formação sem mudar o hospital (CANÁRIO, 2003, p. 133).

Canário (2008) aponta uma estratégia de formação que seja global, participativa e interativa através da qual seria possível - “construir uma visão partilhada e consensual do futuro da organização, das suas finalidades, dos meios de acção e dos valores que lhe estão subjacentes” (CANÁRIO, 2008, p. 44). Nesta concepção pensar os serviços ou adotar novos modelos de gestão de maneira compartilhada junto com os profissionais aproveitando suas experiências e fundamentando-se no entendimento dos determinantes da saúde e dos condicionantes do sistema de saúde seja um caminho, uma estratégia para mudanças possíveis.

A questão básica consiste na natureza da educação sem nenhum adjetivo prefixado. O que queremos e do que precisamos é educação pura e simples e obteremos progresso mais seguro e rápido quando nos dedicarmos a descobrir apenas o que é educação e quais condições devem ser atendidas para que a educação possa ser uma realidade e não um rótulo. É por essa única razão que enfatizei a necessidade de uma sólida e segura filosofia da experiência (DEWEY, 2011, p. 95)⁸⁰.

4.9. AVANÇOS E DESAFIOS: perspectivas sobre as novas diretrizes da Política.

As novas diretrizes da PNEPS dadas pela Portaria 1996/07 estão fundamentadas na constituição das CIES(s) e no papel dos CGR(s). Buscou-se identificar neste estudo as conquistas locorregionais atribuídas à implementação da Política considerando as alterações.

Percebe-se que os benefícios conquistados dizem respeito principalmente à aproximação das discussões e atividades dos municípios, ou seja, maior capilaridade da Política. As falas a seguir apontam positivamente o aspecto da municipalização da Política.

O recurso destinado ao CGR, onde as necessidades da região são contemplados com a realidade local (QUESTIONÁRIO 1).

1. Sensibilização dos gestores (Municipal e Regional) para o olhar de EPH;
2. Formação em alguns municípios de comissão de EPH com vistas a formação de um grupo que trabalhe só com EPH (Ed Permanente e Humanização);
3. Ações pró-ativas dos interlocutores de EPH Municipal: repensar a EPH na micro esfera da unidades de saúde, entendimento da importância de discussão em roda, envolvendo atores diversos para a construção da EPH (QUESTIONÁRIO 3).

Da sua real necessidade, porque quando a gente pensava em Pólo, era uma instância que os municípios tinham que ir lá pra discutir a EP, não tinha outro espaço, era aquele o coletivo, agora não, agora a EP, ela está dada no âmbito do município, ela está dada no âmbito do colegiado, núcleo de educação permanente, não é? Então eu acho que teve, assim, capilarizou mais a política, mas, assim, então essa é uma facilidade, eu acho que a gente conseguiu capilarizar a discussão, eu acho que a viabilidade de alguns projetos, não é? Pensando numa aproximação das regiões. Eu acho que isso foi uma facilidade, então, quando a gente pensa, hoje, em processos formativos, não é? Eu sei que a EP não é só processos formativos, mas muito do que, hoje, por conta até do próprio recurso financeiro, existem vários processos formativos e onde eles são realizados? Na região, então existiu aí alguma facilidade, não é? Então eu estou lá na região [...]

⁸⁰ 60ª edição.

os processos formativos são realizados lá, não é? Então, quando eu tinha o Polo, era mais centralizado, então, eu acho que a descentralização, eu acho que põe uma grande facilidade, não é? Facilitou bastante a condução (ENTREVISTA 5).

Por outro lado, dentre as dificuldades e desafios existentes na implementação da Política foram mencionadas principalmente questões relativas à baixa participação do gestor municipal e de consolidação da EP nos municípios.

[...] Incluir os NEPS no organograma das Secretarias Municipais de Saúde (QUESTIONÁRIO 2).

[...] Pouco ou nenhum envolvimento do gestor com a Educação Permanente, ocasionando alta rotatividade dos membros/articuladores de EP Municipal, ausência nas reuniões de EP por falta de transporte municipal;
A participação pró ativa do Gestor Municipal na elaboração e pactuação dos Projetos de Capacitação em EP;
Instalar oficialmente o Núcleo de EP junto aos municípios de abrangência do DRS [...] (QUESTIONÁRIO 3).
Articulação junto aos gestores municipais referente a apropriação dos conceitos e práticas da Política de Educação Permanente em Saúde (QUESTIONÁRIO 4).

O papel principal, o papel que a gente tem um pouco mais de dificuldade seria o papel de fortalecer os municípios pra construção do NEP municipal, pra que a gente pudesse fortalecer as ações municipais, então essa dificuldade a gente ainda tem. [...] Vem da política o fortalecimento para que você tenha o NEP municipal pra que ele possa fazer as ações de educação permanente ou educação continuada lá no município (ENTREVISTA 1).

[Pergunta: De que maneira as novas diretrizes contribuem para que a educação permanente aconteça de fato ou não contribui ainda?] Então, eu acho que ela contribui, mas ela esbarra nessa questão da gestão, tá? Eu acho, assim, a gestão tem que apostar que a educação permanente é uma ferramenta potente pra você qualificar o serviço, não é? E aí, em que ordem de prioridade isso está no município? Eu já não posso dizer, eu acho, assim, que o município, eu acho que tem uma sobrecarga grande também da condução do SUS, não é? Assim, como eu participo de colegiado, até de conhecer município, assim, a equipe é mínima, a equipe é mínima, a gente não tem o quadro do SUS, a gente tem quadros que, agora, por exemplo, nesse contexto de mudança, muito do que você qualificou hoje vai estar em outro espaço que não é o de gestão, então enquanto você não tiver uma equipe, eu não vou falar sanitária, mas uma equipe, uma equipe, como é que eu posso dizer? Permanente, não é? Que você fala: não, olha, vai mudar o gestor tal, mas eu vou ter alguém lá que vá poder ainda conduzir, a gente não tem isso, então a gente está ainda nessa lógica fora de política [...] e você depende desses acordos para que aquilo seja feito. Isso, então você, muitas vezes, começa do zero, não é? No ano que vem pode ser que haja novamente um retrocesso [...]? É, então eu acho que o que impede essa condução é isso, as equipes mínimas dos municípios, então eu tenho, muitas vezes, município de 5 mil habitantes, não é? Que o gestor é ele pra tudo, sabe? Então ele

vem, ele vem pra curso, ele vem pra reunião de colegiado, ele vai pra discussão de rede, enfim, como é que ele faz isso lá, não é? (ENTREVISTA 5).

Essa constatação da dificuldade na participação dos gestores parece contraditória uma vez que a proximidade com o município é considerado um dos maiores avanços obtidos com as novas diretrizes da Política. Possivelmente esta situação se mantém desde os Pólos na maioria das regiões e o movimento da Política no sentido de implicar necessariamente o gestor municipal seja por isso uma mudança positiva.

Tem, a maioria vão trabalhar, mas tudo que atravessa o município às vezes não consegue fazer uma ação contínua, um trabalho a médio e longo prazo pra reverter toda essa situação prática e aí vão surgir outros problemas, não é? Um ponto que é fundamental em política é descentralizar. Acho que a gente não conseguiu, nessa educação permanente, descentralizar como em outras políticas, não é? A gente descentralizou, por exemplo, o programa de DST AIDS, não sou eu que coordeno daqui, eles que coordenam de lá, não é? Agora vai ver que a gente não descentraliza isso de uma forma que tenha uma estrutura e que aconteça, acho que falta, então, por exemplo, a gente vê que tem muitos projetos e processos que façam e que se não fosse a gente que começasse junto com eles, não a gente sozinho, porque a gente começa junto, eles não fariam, não é? (ENTREVISTA 6).

A tendência da regionalização e proximidade da discussão junto aos municípios é resultado das novas diretrizes da PNEPS que foram adequadas ao Pacto de Gestão que tem a *regionalização* como eixo estruturante e que “orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006d, p.15) em que o CGR é um mecanismo de gestão.

A descentralização, um dos princípios do SUS, tem sido uma estratégia para organização da saúde no país e envolve a “transferência de poder decisório, da gestão de prestadores de serviços públicos e privados e de recursos financeiros, antes concentrados nas esferas federal e estadual, para os estados e, principalmente, para os municípios” (VIANA e LIMA, 2011, p. 39).

O processo de descentralização e daí a municipalização ocorrida nos anos de 1990 teve como um dos desdobramentos uma frágil organização das ações e serviços supramunicipais (FERLA e MARTINS JÚNIOR, 2001) e um esvaziamento do papel dos estados na gestão da saúde (SILVA e LIMA, 2005). Neste cenário a regionalização,

adotada como eixo central das políticas na área da saúde em meados dos anos 2000, causa uma tensão com a descentralização na retomada da importância dos estados cuja atuação agora é “central para o êxito da estratégia, assim como dos municípios envolvidos na pactuação” (LIMA e VIANA, 2011, p. 61).

Justamente no contexto da regionalização e das dificuldades de operacionalização de um “sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos)” (VIANA e LIMA, 2011, p.12) que localizamos as dificuldades para execução dos recursos da PNEPS e que transformam esta questão em um entrave ainda para a realização das atividades propostas em algumas regiões (item 4.7).

Então, isso ainda é um problema, tá? Ainda é um problema, eu acho que a gente conseguiu, conseguimos realizar vários projetos via fundo a fundo, tá? Mas com muita dificuldade, muita dificuldade, e aí eu acho que você perde, nessa questão da utilização da remessa. Assim, eu falo agora também um pouco da minha incapacidade, porque, assim, eu não detenho conhecimentos sobre a área, assuntos financeiros, de Portaria tal, de quanto, sabe? [...] A questão mais metodológica, assim, então você esbarra nesse conhecimento, mais que é a área financeira, que eu acho que a gente não avança muito por isso. É, isso. Então, assim, existe a necessidade, identificada pelo Colegiado que se debruça na construção de um projeto interessante, identificando os atores parceiros, a hora em que isso chega no município, então aí parece que aquilo que foi construído esbarra na possibilidade da utilização do recurso, não é? Então, assim, você tem regras pra utilizar o recurso que você não discutiu isso na construção do projeto, não é? Então eu acho que a questão do recurso financeiro, [...] ainda é um desafio, não é? Então é isso que eu vejo, que o meu desejo, não é? Porque, assim, ao nos aproximarmos das instâncias transformadoras, não é? Que ela também pudesse ser parceiro na condução da política, mas tanto na questão técnica-metodológica, mas também na questão de utilização do recurso financeiro, não é? De você viabilizar a própria contratação, não é? De docentes, enfim! [...] Então, e aí, quando você entra no município, não é? Acho que, assim, o município de x é diferente do y, internamente, não é? A gestão, então se é o financeiro, é o jurídico, é o administrativo, sabe? E pensar locorregional, que é a diretriz central agora de parte de gestão, fica mais complicado, não é? É o que eu estou tentando ver, não é? Pensar locorregional, mas, se cada município também é autônomo! (ENTREVISTA 5).

Diante do exposto entendemos que a questão do financiamento ainda não está resolvida na PNEPS e novas diretrizes e dispositivos legais precisam ser adotados no sentido de facilitar o uso do recurso disponibilizado para a realização dos PAREPS. Diante da dificuldade na utilização dos valores ofertados, os sujeitos nem pleiteiam mais recursos,

mas sim a real possibilidade de utilizá-los a tempo de realizarem as atividades pretendidas para que os Planos elaborados não tenham que ano a ano retomar metas não cumpridas por falta do financiamento frustrando todos os envolvidos.

Esta análise aponta a existência tanto de dificuldades próprias do processo de implementação da Política como a constituição das CIES(s) quanto aquelas que decorrem de fragilidades do próprio *texto* e que se sobressaem no contexto da prática como o papel dos CGR(s) e as diretrizes para o financiamento.

Apesar desta constatação a concepção de *resultados e efeitos* da política apontados por Ball favorece um olhar para a política ao menos um pouco mais ‘otimista’ pois considera que “las respuestas (como un vehículo para los efectos) varían entre contextos” (BALL, 2002, p. 29) e não se deve considerar um enfoque único dos efeitos gerais da política “los cuales toman un cambio o un texto político e intentan determinar su impacto en lá práctica” (BALL, 2002, p. 29). A partir daí pode-se pensar que a PNEPS no caso estudado pode não ter representado uma efetivação da Portaria, o que não é esperado considerando as recontextualizações, mas não quer dizer que a Política não tenha tido resultado algum. A proximidade das discussões de EP com os municípios por exemplo foi considerado um efeito alcançado. Segundo Ball (2002) os efeitos podem ser distintos:

Los efectos de primer orden son cambios en la práctica o estructura (los cuales son evidentes en aspectos particulares y en todo el sistema), y los efectos de segundo orden son el impacto de esos cambios en los modelos de acceso social, oportunidades y justicia social (BALL, 2002, p. 30).

Consideramos que os efeitos de primeira ordem da PNEPS seriam aqueles que mudariam e/ou afetariam a estrutura dos serviços de saúde a partir da Educação Permanente proposta. Já os efeitos de segunda ordem os quais estão no âmbito da justiça social seriam os impactos desta política na efetivação de dois princípios fundamentais do SUS que é a universalização do acesso à saúde e a integralidade na atenção à saúde.

Esses efeitos de segunda ordem não foram identificados neste estudo mas reconhecemos que estão no horizonte da PNEPS quando propõe atuar na formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS considerando as especificidades regionais e a superação das desigualdades regionais para “transformação das práticas profissionais e da

própria organização do trabalho” (BRASIL, 2007b). No entanto entendemos que no estágio em que se encontra a Política até mesmo os efeitos de primeira ordem não foram ainda de fato alcançados.

Relembramos que devido as novas diretrizes em alguns casos houve afastamento das Instituições de Ensino o que para alguns sujeitos foi considerado um aspecto positivo, um avanço mas para outros esse distanciamento tem dificultado a constituição das CIES(s) e por conseguinte a implementação da Política (item 4.4.2).

4.10. As RRAS e a EP: expectativas em curso

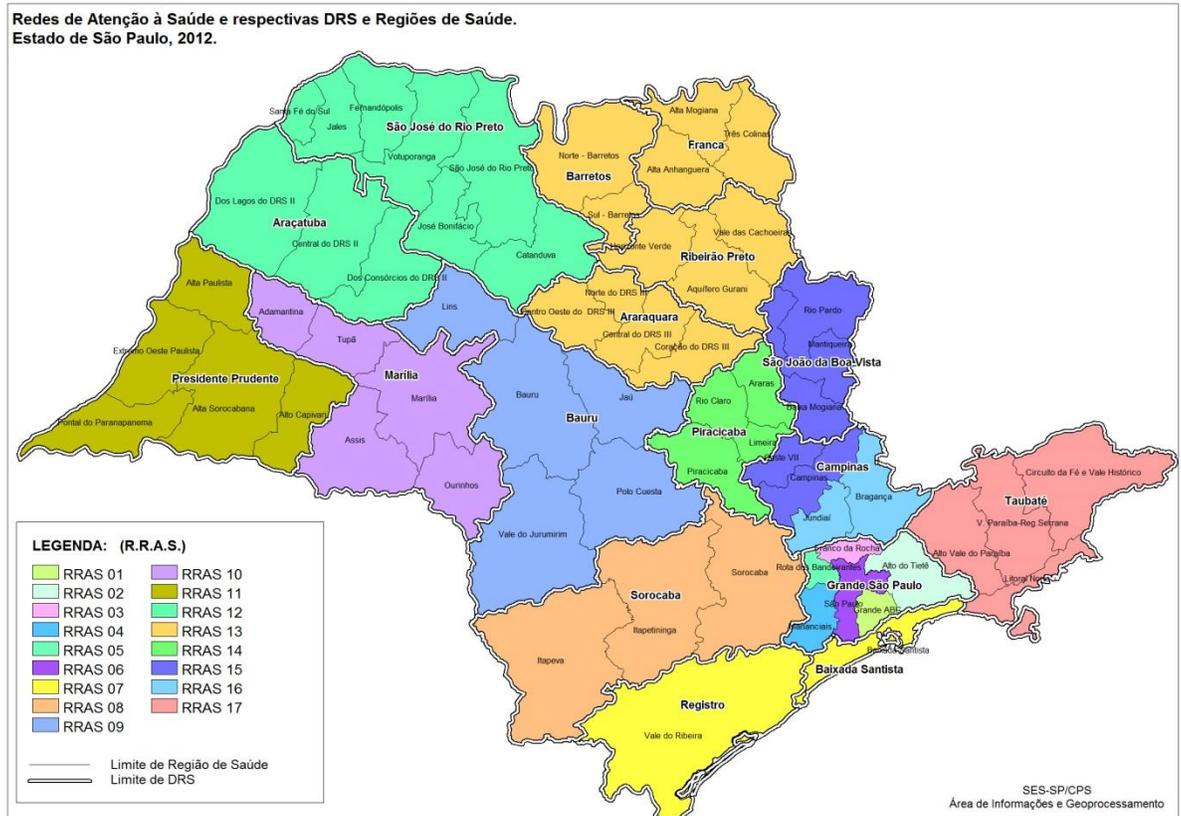
Em 2011 o Decreto 7.508/2011 definiu um arcabouço legal que favorecesse a regionalização da saúde que é uma das diretrizes do SUS desde sua constituição e que tem sido o eixo norteador do planejamento em saúde principalmente a partir do Pacto de Gestão compreendido no Pacto pela Saúde divulgado pela Portaria 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. O novo Decreto definiu instrumentos de ações regionais como o Mapa da Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS)⁸¹. As ações previstas com essa nova regulamentação convergem para propiciar a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país.

No estado de SP essas novas diretrizes estão sendo implementadas e subsidiam o Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015 (SES-SP, 2013d). No anexo I do PES está a nova configuração das Regiões de Saúde de SP e das 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) configuradas e que conformam o Mapa da Saúde do estado (Figura 3).

As RRAS constituídas em SP foram instituídas pela Deliberação CIB-36 de 21 de setembro de 2011 (Quadro 11) (CIB-SP, 2011).

⁸¹ Detalhes já discutidos no item 3.1.4.

Figura 3. Mapa da Saúde do Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de SP (2013e).

Quadro 11. Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de SP, 2012.

RRAS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO TOTAL CENSO 2010
RRAS01	GRANDE ABC	7	2.551.328
RRAS02	ALTO DO TIETÊ, GUARULHOS*	11	2.663.739
RRAS03	FRANCO DA ROCHA	5	517.675
RRAS04	MANANCAIAIS	8	986.998
RRAS05	ROTA DOS BANDEIRANTES	7	1.710.732
RRAS06	SÃO PAULO	1	11.253.503
RRAS07	BAIXADA SANTISTA	9	1.664.136
	VALE DO RIBEIRA	15	273.566
		24	1.937.702
RRAS08	ITAPETININGA	13	451.399
	ITAPEVA	15	272.676
	SOROCABA	20	1.518.941
		48	2.243.016
RRAS09	VALE DO JURUMIRIM	17	277.385
	BAURU	18	593.319
	POLO CUESTA	13	279.326
	JAU	12	319.496
	LINS	8	155.097
		68	1.624.623
RRAS10	ADAMANTINA	10	128.287
	ASSIS	13	236.188
	MARÍLIA	19	361.514
	OURINHOS	12	217.871
	TUPÃ	8	124.548
		62	1.068.408
RRAS11	ALTA PAULISTA	12	125.690
	ALTA SOROCABANA	19	380.077
	ALTO CAPIVARI	5	56.088
	EXTREMO OESTE PAULISTA	5	92.616
	PONTAL DO PARANAPANEMA	4	67.721
		45	722.192
	CENTRAL DO DRS II	11	278.351
	DOS LAGOS DO DRS II	12	190.489

Continua...

Continuação

RRAS12	DOS CONSÓRCIOS DO DRS II	17	250.483
	CATANDUVA	19	291.575
	SANTA FÉ DO SUL	6	44.269
	JALES	16	100.705
	FERNANDÓPOLIS	13	110.626
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	20	649.787
	JOSÉ BONIFÁCIO	11	91.718
	VOTUPORANGA	17	184.091
		142	2.192.094
RRAS13	CENTRAL DO DRS III	8	285.700
	CENTRO OESTE DO DRS III	5	131.724
	NORTE DO DRS III	5	146.949
	CORAÇÃO DO DRS III	6	355.884
	NORTE-BARRETOS	10	268.546
	SUL-BARRETOS	8	140.721
	TRÊS COLINAS	10	386.704
	ALTA ANHANGUERA	6	146.942
	ALTA MOGIANA	6	116.161
	HORIZONTE VERDE	9	393.431
	AQUÍFERO GUARANI	10	807.106
	VALE DAS CACHOEIRAS	7	127.452
		90	3.307.320
RRAS14	ARARAS	5	309.911
	LIMEIRA	4	332.852
	PIRACICABA	11	532.227
	RIO CLARO	6	237.594
		26	1.412.584
RRAS15	CAMPINAS	11	1.665.989
	OESTE VII	11	1.137.302
	BAIXA MOGIANA	4	302.331
	MANTIQUEIRA	8	262.825
	RIO PARDO	8	208.625
	Subtotal	42	3.577.072
RRAS16	BRAGANÇA	11	416.655
	JUNDIAÍ	9	811.964
		20	1.228.619
RRAS17	ALTO VALE DO PARAÍBA	8	975.338
	CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO	17	450.280
	LITORAL NORTE	4	281.779

Continua...

			Continuação
	V. PARAÍBA-REG. SERRANA	10	557.197
		39	2.264.594
TOTAL ESTADO		645	41.262.199

*No PES 2012-2015 esta Região já está compreendida no Alto Tietê⁸².

Fonte: (Comissão Intergestores Bipartite-SP, 2011), (SES-SP, 2013f).

Os 17 DRS(s) existentes foram agregados dentro das 17 RRAS embora não haja coincidência entre os seus códigos de identificação como, por exemplo, o DRS VII constituído por quatro (4) Regiões de Saúde está dividido entre a RRAS 15 [Campinas e Oeste VII] e a RRAS 16 [Bragança e Jundiaí], por sua vez a RRAS 13 compreende os DRS(s) III (Araraquara), V (Barretos), VIII (Franca) e XIII (Ribeirão Preto). Em alguns casos a RRAS corresponde ao DRS tanto na identificação quanto nas Regiões de Saúde como, por exemplo, a RRAS 17.

É a mesma DRS, a Rede é a mesma. Está batendo. Essa CIES é a única DRS, vamos dizer, que é a mesma Rede, eu não sei o número da casa, vai até onde mesmo, não é? Nós ficamos individualista, nós ficamos, em termos, cada um ficou sozinho. [...] Então, mas teve uma briga, não é? Só que, assim, não é? Isso depende, porque, quando vai para uma alta complexidade, acaba tendo uma reviravolta. [...] O território de abrangência coincidiu. Coincidiu, só que na CIES nós vamos abrir mão, nós vamos continuar macro, as três RRAS juntas. Está mantida a da DRS. Você entendeu por que a gente ficou extremamente individualista? Então o nosso mapa, que era DRS é da RRAS. Facilitou (ENTREVISTA 2).

A constituição das RAS é orientada pela Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado [...] Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços

⁸² Em publicação destinada aos Gestores do estado (SES e COSEMS/SP, 2013) há indicação que a partir do ano 2013 passaria de 64 para 63 o total de Regiões de Saúde no estado.

de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros [...] (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

No estado de SP as RRAS são compostas por Redes Temáticas tais como urgência e emergência, materno infantil, oncologia e traumato-ortopedia “algumas restritas a serviços de alta complexidade, outras compostas por serviços de várias densidades tecnológicas” as quais são consideradas pontos de atenção articulados (SES e COSEMS-SP, 2013, p. 131).

Para cada RRAS foi prevista a criação de um Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção à Saúde (CG-Rede). Como o município de São Paulo concentra grande parte dos serviços de alta complexidade do estado foi prevista também a criação da Comissão de Articulação das Redes da Região Metropolitana de São Paulo (SES e COSEMS-SP, 2011).

Os CIR(s) previsto pelo Decreto 7.508 de 2011 foram assumidos pelos CGR(s) já existentes em SP sendo portanto tratados como a mesma instância. Nos casos em que o “território das Regiões de Saúde coincidir com o da RRAS, o CGR/CIR exercerá as atribuições do CG-Rede” (SES e COSEMS-SP, 2013, p. 134).

No período de realização desta pesquisa junto aos sujeitos (03/2012 a 03/2013) embora já houvesse a divisão administrativa das RRAS, os Mapas da Saúde ainda estavam sendo construídos⁸³. Esses Mapas são instrumentos centrais para o conhecimento da estrutura das Regiões de Saúde apontando suas potencialidades e deficiências a serem contempladas na organização e funcionamento das Redes.

Diante dessas transformações em curso na estrutura e administração da saúde no estado de SP, interessou-nos identificar de que maneira as novas diretrizes da regionalização orientadas pelo Decreto 7.508 de 2011 e pela construção das RRAS estavam impactando a locorregião de atuação dos participantes deste estudo e quais expectativas tinham sobre a influência destas mudanças na Educação Permanente em Saúde.

⁸³ A SES/SP disponibiliza em sua página na WEB um roteiro mínimo para construção dos Mapas e RRAS onde são solicitadas informações detalhadas da capacidade instalada e atenção prestada na área de abrangência (SES/SP, 2013g). Até esse momento não há Mapas da Saúde disponíveis com todas essas informações. O Mapa da RRAS 13 é o mais completo e está indicado como exemplo para os demais.

Impactos regionais

Nessa fase inicial de estruturação das RRAS o principal impacto apontado pelos sujeitos participantes da pesquisa diz respeito ao aumento das discussões e maior conhecimento das questões regionais da saúde necessárias para construção dos Mapas. Esse processo tem intensificado os debates nos e entre os CGR(s) promovendo maior percepção de suas realidades bem como suscitando os desafios de um trabalho em conjunto de Regiões distintas.

Sim, através da construção das Redes, Mapas de Saúde e pelos apoiadores do Ministério da Saúde, COSEMS, Articuladores de Atenção Básica e de Humanização e CDQ, todos com o intuito de apoiar e construir em nível regional as necessidades e prioridades de cada região no tocante a saúde [...] (QUESTIONÁRIO 5).

Então, o que a gente tem de concreto mesmo é só o mapa construído, não é? [...] E foi ascendente, foi do jeito mesmo, cada município fez o seu, aí depois foi feito o regional, depois do DRS, o mapa da saúde. Foi do pequenininho, pro médio e pro grande. **[Pergunta: Essa etapa está cumprida?]** Está, prontinha. **[SOBRE AS REDES]** Porque, por exemplo, as redes, a gente ainda está incipiente, incipiente, [...] por exemplo, a rede de urgência, a gente não tem que ser a única da região, e o município[...] ainda está no embate, está na negociação pra ele colocar o seu núcleo pra daí a gente colocar a rede [...] Não quer assumir o SAMU sozinha, ele quer um consórcio, ele quer a participação dos benefícios, e o embate é esse, estão negociando pra ver como é que vai montar [...] eu acho, assim, que o estado está meio stand by, eu acho, nessa questão toda, por conta, especificamente, do COAP, que é o contrato, que está lá no decreto. Eu acho que está muito paradinho, não é? [...] E que a gente sabe que vai ter um peso muito grande, e está muito quietinho, não está falando nada, então a gente acha que o estado está stand by, então não sei se por conta da transição dos municípios, da transição da gestão, não é? Prefeito, secretário, a gente também não sabe, então nisso está muito quietinho, não é? Agora, eu acho que é mais nisso que o estado está quietinho, porque se o estado não desencadeia, fica muito complicado para os DRS(s) começar uma discussão que a gente não sabe exatamente [...] Isso, isso, exatamente, por isso que eu falei, de concreto é o mapa. Aí na questão das redes, não só essa questão pra implantar urgência, depende do SAMU que a gente não tem. Ah, mas isso é uma negociação, tem um estudo de como vai ficar [...] tem comissão montada discutindo isso tudo (ENTREVISTA 2).

O Decreto 7.508 foi publicado [...] no momento em que o Estado de São Paulo vinha trabalhando [...] o aprofundamento da Regionalização. Com a organização da RRAS [...], que engloba os 90 municípios [...] temos vivido o grande desafio de nos constituirmos enquanto região, superando dificuldades e avaliando as potencialidades deste território que são muitas (ENTREVISTA 4).

Quanto aos municípios, avalio que as regiões de saúde de nossa abrangência, a partir do trabalho desenvolvido nos CGR(s), experienciou caminhos para uma identidade regional, pois os gestores são permanentemente convocados para análises coletivas, devendo considerar a cooperação entre municípios para a solução dos problemas de gestão e cuidado dos territórios. Temos muito por conquistar, mas reconhecemos enormes avanços neste sentido. [...] A constituição da RRAS [...] aponta um novo desafio para os gestores do SUS (municipais e estaduais), pois esta composição revela as diferenças do modo de fazer a gestão regional nos territórios da RRAS. Com isso os processos já desencadeados pela RRAS [...], provocam enfrentamentos, pois ficam evidentes as diferenças dos modos de fazer das equipes técnicas dos DRS(s) (ENTREVISTA 6/CDQ).

Influências da EP

Nesse processo de articulação das RRAS, a experiência da EP é vista como um instrumento que favorece a discussão colegiada e a reflexão sobre os problemas da realidade. Neste caso a EP é considerada uma influência positiva e necessária para a construção das Redes.

Eu acho que vai precisar muito da educação permanente. Sim, porque são, assim, eu não sei como vai acontecer, mas que vai precisar da educação permanente vai, porque, por exemplo, redes, não é? Vai ter que pactuar muita coisa, vai ter que sentar e negociar em várias coisas [...] [**Pergunta: Vocês acham que vocês vão contribuir mais para a formação das Redes do que as Redes para a educação permanente? É isso que eu quero ver, como que a Rede vai impactar a EP e como que vocês veem, pelo que vocês estão me dizendo agora, o papel da EP na rede?**] Eu acho que a EP é uma estratégia para a implementação da rede. No meu modo de ver. Eu acho que é assim. Essa implementação da Rede vai precisar da EP pra mobilização de profissionais, compreensão. Não é? De como que é esse trabalho de rede? É por aí. Tanto é que a gente até mudou a nossa carta introdutória do Saúde da Família por conta disso, que já mudou, a gente fez essa discussão no introdutório da questão da organização das redes, porque não estava contemplado, já inseriu [...] Pra introduzir nos profissionais meus, agora com todos, então eu acho que é, realmente, na implementação disso, a EP na implementação disso (ENTREVISTA 2).

Buscamos uma maior integração entre os CDQs, reproduzindo também para a RRAS [...] a excelente parceria vivenciada pelo DRS [...] com as intuições formadoras [...]. Temos apostado na troca de experiências e na diversidade do território para avanços significativos na implementação da EP. Exemplo disso, é que para a elaboração do MAPA de Saúde (instituído pelo Decreto) temos no válido de um processo de construção coletiva com a efetiva participação das equipes municipais, que acontece na lógica da EP (ENTREVISTA 4).

A Educação Permanente e a Humanização permeiam todo esse processo, acolhendo, fortalecendo e capacitando os profissionais envolvidos no processo de trabalho (QUESTIONÁRIO2).

[...] todo esse processo, de certa forma, influencia a Educação Permanente a participar e construir o processo de trabalho (QUESTIONÁRIO 5).

Influências na EP

Percebe-se neste estudo que o impacto da construção das RRAS no estado de SP na PNEPS ainda está mais na esfera das expectativas e possibilidades. Possivelmente o conhecimento do território fornecido pelos Mapas poderá ser dispositivo central para a EP.

A região está com esse arranjo da RRAS, [...] onde o espaço de discussão tem sido de socialização de experiências e aproximação das diferentes realidades, fundamental para a implementação da Educação Permanente (QUESTIONÁRIO 1).

Tal Decreto está oportunizando maiores discussões da implantação da EPH. Através dele, estamos discutindo regionalmente os indicadores de EPH municipais (QUESTIONÁRIO 3).

Penso que o Decreto é um valioso instrumento que aponta as responsabilidades de cada ente federativo por meio de pactuações e que prevê sanções. O mesmo pode influenciar a EP a medida que esta for recolocada como uma Política que necessita de articulações entre diversas instâncias, de modo a criar compromissos entre a gestão, atenção, educação e participação social, para que assim possamos enfrentar os problemas cotidianos com maior efetividade e dando resolutividade nas ações de saúde prestadas (ENTREVISTA 6/NEP).

Quanto a EP, nossa CIES é composta pelo conjunto de DRS(s) da RRAS [...], o que nos favorece a análise dos movimentos disparados pelos CDQ(s) dos DRS(s), [...] Outra ponto a ser destacado, são reuniões mensais pós CIES que os CDQ(s) tem realizado, num movimento de cooperação para a criação de movimentos conjuntos. Recentemente para a construção do Mapa da Saúde, dispositivo do decreto citado, construímos um instrumento e mapeamento de ações de humanização, gestão do trabalho e educação na saúde. Realizamos também uma Oficina sobre apoio integrado, única ação disparada pelo conjunto dos DRS(s), na qual construímos ações para a RRAS [...]. Quanto às ações de EP, pensamos sempre em nível local, com poucas intenções de movimentos que englobem todas as regiões da RRAS (ENTREVISTA 6/CDQ).

A influência por hora evidente deste movimento na EP está no fato de que as Redes já estão sendo norteadoras dos PAREPS.

Aí a gente tem o PAREPS 2012, que é basicamente em cima das Redes, basicamente em cima das Redes, vai parar para discutir o PARESP 2012 no NEP, [...] o nosso PAREPS está muito específico nessa estruturação de Rede, acho que a gente vai ter um papel muito importante. (ENTREVISTA 2).

A centralização da temática das RRAS na construção dos Planos é bem evidente num dos PAREPS fornecidos para a pesquisa por outro DRS(s) participante.

[...] Nessa direção foram discutidas estratégias para os processos formativos e de qualificação dos trabalhadores, levando em conta os temas transversais de constituição das redes de atenção à saúde, vez que o PAREPS 2012 estará vinculado à reorganização da Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS, pautada pela Portaria GM/MS 2200/1, devendo considerar o cenário de cada região de saúde para a implementação da RRAS [...] Para tanto foram discutidos os diferentes recursos necessários para a construção da rede, sendo que serão apontadas no PAREPS, as necessidades de qualificação dos trabalhadores, pensando no fortalecimento da atenção e gestão de saúde e construção de caminhos que efetivem e implementem as redes municipais e regionais, favorecendo o fortalecimento da RRAS 13. A partir da discussão do grupo alguns temas suscitados necessitam ser objeto de trabalho, vez que são fundamentais e transversais para construção de uma rede efetiva e resolutive. Dentre eles destacamos o tema rede como transversal a ser trabalhado, considerando que este tema abrange diferentes linhas conceituais. Assim, a proposta do grupo é que a ação educativa contemple a construção coletiva e alinhamento de conceitos sobre Redes de Atenção à Saúde. Diante do tema proposto algumas indagações permearam a discussão do grupo, como: o que é rede? de que rede estamos falando quando pensamos em rede? como organizar uma rede? [...] Para atender a demanda que envolve a temática “Redes”, a proposta é construir um projeto de Educação Permanente, com o objetivo de colocar os diferentes pontos da rede em conversa, salientando que a rede é constituída por equipes e trabalhadores (estratégicos) que necessitam estabelecer um fluxo de comunicação, bem como, possibilitar o desenho da rede municipal, constituir equipes indutoras da gestão em rede, com a tarefa de organizar o fazer em rede, e assim reorganizar as redes municipais e regionais. A estratégia pedagógica será por meio da metodologia participativa (como sugestão o método da roda de conversa), com a realização de momentos de concentração nos quais inclui-se Oficinas de Trabalho, que serão conduzidas em pequenos grupos, com estudos de casos, exposições dialogadas, debates, textos de apoio, problematização da vivência de situações reais trazidas pelos participantes. A metodologia adotada prevê ainda, momentos de dispersão subseqüentes as Oficinas de Trabalho, onde os participantes terão que desenvolver *in loco* atividades pactuadas pelo grupo a partir da temática que estará sendo trabalhada [...] Vale ressaltar que a proposta priorizará as necessidades de qualificação dos trabalhadores, pensando no fortalecimento da atenção e gestão de saúde e construção de caminhos que efetivem e implementem as REDES municipais e regionais, assim, favorecerá o fortalecimento da RRAS

13, e entendido como um projeto de governo/estado/município, desta forma, o processo desencadeado em 2012 deverá ter continuidade na nova gestão 2013 - 2016 [...] Portanto, o PAREPS 2012 apresenta como objetivo a constituição de equipes indutoras da gestão em rede, com a tarefa de organizar o fazer em rede, no cuidado e na gestão, um pensar/fazer que possibilite a reorganização de todas as redes temáticas (PAREPS 2012/DRS III).

Os atores veem a EP como necessária para a compreensão da proposta das Redes tanto para os gestores quanto para os trabalhadores que necessitarão estar inteirados da nova configuração do sistema de saúde regional.

Eu vejo o final da fala, então, eu acho, assim, se pensou em muita coisa pra ver, não é? Se pensou, realmente, não foi uma ação dos profissionais [...] e não só dos profissionais que estão mais acima, técnico, está se pensando em profissional lá da ponta, que não sabe nem o que é Rede, não é? Então é umas coisas que vêm de cima pra baixo, que tem mais estrutura melhor pra se trabalhar e que um profissional que está lá numa unidade mais a frente ele não vai se incentivar porque ele não vai nem talvez tomar conhecimento do que está acontecendo, não é? (ENTREVISTA 1).

Outra expectativa identificada com a constituição das RRAS é a contribuição dos Mapas da Saúde para um maior conhecimento da estrutura de ensino e serviços públicos e privados que favorecerá para uma maior interlocução com esses atores que deveriam ser participantes das CIES(s).

Apesar que lá nas atribuições do CDQ, o decreto que constitui o CDQ [...] Tem o acompanhamento. As diretrizes do núcleo de EP acompanhando as instituições de ensino superior. Que a gente fez o mapa, não é? [...] A gente fez um mapeamento de todas as instituições públicas e privadas da região e aí as linhas de pesquisa, não é? Que eles desenvolvem e a gente vê que não tem ausências de ações, assim, de linhas de pesquisa de saúde coletiva, não é? É, um levantamento, mas um levantamento simples. Não, mas eu quero, porque dá um nó. O que as universidades apresentam como linha de pesquisa, então, na nossa abrangência, 24 unidades. Desse DRS. Que a gente fez isso e tal, mas a gente não tem parceria com eles, não é? Privado. Ah, serviço privado não dá. Ah, não dá, não é? Eu acho que agora, não é? Quando a gente vai fazer os contratos, agora esse novo momento do SUS, eu acho que a gente vai começar a ter mais uma relação com essa questão do setor privado do serviço, não é? Mas a gente, a gente não tem, a nossa ligação, o nosso trabalho é com o trabalhador do SUS, mas com o trabalhador da assistência, muito pouco com o usuário, que é uma coisa que a gente reconhece que é um afastamento da vida desse usuário, não é? E, com o gestor, mais com o CGR de antes, então, o gestor e o CGR, o trabalhador no grupo, às vezes (ENTREVISTA 6).

Os Mapas da Saúde certamente poderão subsidiar a elaboração dos PAREPS pois fornecerão informações sobre recursos humanos e ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e também pela iniciativa privada nas Regiões de Saúde. Há um risco porém que a EP seja tomada muito mais como um instrumento para implantação das Redes, o que é pertinente com a melhoria dos serviços, mas também pode resultar em ações de capacitação dos trabalhadores para nova realidade comprometendo ainda mais a possibilidade de educação do trabalhador e das intervenções na formação pretendidas pela Política.

Como esta pesquisa foi realizada no momento ainda de estruturação das RRAS outros estudos terão que ser realizados para analisar de que maneira esses novos arranjos regionais impactarão a implementação da PNEPS no estado. É possível que as CIES(s) sofram uma reconfiguração atendendo a configuração das RRAS e não dos DRS(s) uma vez que os PAREPS estão sendo construídos a partir das Redes. Há expectativas portanto que a Política adentre no *campo recontextualizador* a partir de novos deslocamentos e relocações que serão orientados pelas *descontextualizações* (BERNSTEIN, 1996) possíveis a curto, médio e longo prazos dado que novos arranjos político-administrativos estão em curso pela consolidação da regionalização que “implica numa mudança no exercício de poder (redistribuição de poder) no interior da política de saúde, o que se traduz pela introdução de novos atores, objetos, normas e processos governados/liderados por diferentes orientações/ideologias” (VIANA e LIMA, 2011, p. 20).

Creio poder afirmar na altura destas considerações, que toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico; a existência de objetos, conteúdos a serem ensinados e aprendidos; envolve o uso dos métodos, de técnicas, de materiais; implica, em função de seu caráter *diretivo*, objetivo, sonhos, utopias, ideais. Daí sua *politicidade*, qualidade que tem a prática educativa de ser *política*, de não poder ser neutra (FREIRE, 1996, p. 69).

Considerações finais

A realização desta pesquisa permitiu compreender aspectos relevantes da PNEPS identificando as dificuldades para sua implementação e efetivação das propostas. Entendemos que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois as questões que motivaram esta investigação foram aqui tratadas reconhecendo os limites para um aprofundamento de alguns temas e mesmo do universo de participantes.

As discussões ao longo desta análise também suscitaram incongruências que existem nas diretrizes da Política e que não contribuem para a educação pretendida e que podem ser expressas num desequilíbrio do quadrilátero (gestão, ensino, serviço, controle social) que pende para a gestão. A evidência dessa desigualdade se dá na própria Portaria 1996/07 com as atribuições dadas ao CGR que soam como tentativa de implicar os gestores da saúde na Política e de legitimá-la como um instrumento da gestão.

Mesmo sendo a regionalização da saúde um marco para as novas diretrizes, o fato desse Colegiado definir o direcionamento dos recursos financeiros das Regiões de Saúde pode também ter sido preponderante na definição de um arcabouço que realça o papel da gestão em detrimento dos demais eixos do quadrilátero e que em SP, embora não se expressa na participação dos gestores municipais é reproduzida pela condução dos atores da gestão estadual. Este estudo aponta que em SP nem os CGR(s) nem as CIES(s) são protagonistas da Política cuja implementação tem o papel fundamental dos CDQS e NEPS, instâncias próprias do estado, configurando assim uma *recontextualização* da PNEPS.

A centralidade dada à gestão nesta Política é congruente com uma EP tomada como conceito pedagógico para a gestão setorial e o desenvolvimento institucional, porém entendemos que outros atores fundamentais para a formação e educação permanente estão praticamente ausentes da Política, como os trabalhadores e as instituições de ensino.

As CIES(s) são por natureza o espaço de articulação entre os serviços, seus trabalhadores e o ensino. Concluímos que a participação das instituições de ensino nessas instâncias, e, por conseguinte na PNEPS em SP tem sido inexpressiva principalmente a partir das novas diretrizes e, a representação dos serviços, é praticamente inexistente. A CIES enquanto condutora dessa integração deveria ter tanto o ensino quanto os serviços de

saúde de seu território de abrangência muito bem representados por participantes ativos. E neste cenário a PNEPS precisa articular-se com os setores privados de ensino e de serviço, pois os mesmos se configuram em grande parte da capacidade instalada. Em SP a questão da privatização é realçada com a administração indireta de serviços de saúde realizada pelas OSS que detém assim a gestão de vários profissionais, porém sem ainda mecanismos suficientes de regulação pelo Estado e neste sentido, também de adesão às Políticas públicas.

Outra contradição da PNEPS é ter uma série de pretensões de atuação junto à formação universitária e técnica na área da saúde sem ter uma participação real da gestão da educação nas CIES(s) e sem propor dispositivos para intervenções intersetoriais.

Por sua vez, reiteramos ainda, que a dificuldade de inserção do controle social pode ser reflexo dos problemas que a participação popular tem de se consolidar enquanto princípio do SUS e por isso é discutível requerer também desse segmento do quadrilátero uma tarefa que a gestão, a educação e os serviços de saúde, um possível tripé para a Política, deveriam ser capazes de realizar.

Percebemos portanto que embora a PNEPS tenha uma *intenção* de agregar gestão, educação, serviço e controle social essa articulação ainda é praticamente inexistente nas CIES(s) estudadas o que não contribui para concretização de ações de EP para os trabalhadores da saúde. Podemos dizer que mesmo o eixo privilegiado, a gestão, ainda não recebe os efeitos da Política de transformar as práticas em saúde.

Constatamos que dentre os desafios existentes na implementação da PNEPS está a questão do financiamento. Mesmo com as novas diretrizes e mudança de fluxo, a utilização dos recursos ainda é de difícil execução e se insere entre as dificuldades de uma gestão regional da saúde. As soluções certamente extrapolam as questões de EP, pois o avanço pretendido da regionalização com a criação das Redes implicará na superação desses impeditivos para o desenvolvimento da atenção à saúde. Verificamos que a constituição das RRAS no estado cria expectativas positivas para a Política de EP como uma maior articulação com os municípios. A PNEPS também é vista como um instrumento para efetivação desta nova configuração administrativa que demandará de todos os profissionais entendimentos diversos sobre processos de trabalho articulados regionalmente. Alertamos

que a utilização da EP como instrumento de capacitação para o trabalho em Rede pode distanciá-la cada vez mais da educação de cada trabalhador atendendo apenas às demandas gerenciais.

A revisão da literatura sobre o tema da educação permanente nos permitiu reconhecer sua forte associação com a educação de adultos e as influências que sofreu desde sua difusão nos anos de 1970, pautadas principalmente por discursos de natureza econômica embora para alguns, esta seria de fato sua intenção precípua. Entendemos que o ideal da EP foi apropriado pela Organização Pan-Americana da Saúde como instrumento para transformação de práticas em saúde e melhorias dos serviços num contexto de restrições de outros recursos principalmente financeiro. Neste sentido a EPS acaba em alguma medida servindo aos propósitos de ordem distinta de uma educação por toda a vida necessária ao trabalhador da área da saúde dada sua humanidade. Notamos ainda que não está claro nas publicações da OPAS o referencial que utilizou sobre o conceito de EP não podendo associá-lo aos ideais difundidos pela UNESCO.

A consulta sistemática na base de dados LILACS evidenciou também a existência da dualidade educação continuada e educação permanente na literatura da área da saúde. Percebemos que a diferenciação se fundamenta na compreensão de que a EC seja uma prática voltada para capacitação e atualização dos profissionais da saúde enquanto a EP seria uma estratégia que privilegia a reflexão sobre o trabalho podendo assim provocar mudanças nas práticas. O diálogo com outros autores nos permitiu reconhecer que essa diferenciação não é consensual e que os conceitos se confundem muitas vezes tanto na perspectiva dos profissionais quanto nas experiências realmente vivenciadas de educação. Concluimos que independente dos recursos utilizados e metodologias empregadas na prática educativa esta distinção conceitual é inapropriada e os esforços devem convergir para existência de apenas uma educação do trabalhador, aquela que o considere um ser que *aprende por toda a vida e que está em constante construção*. Renegar ao trabalhador essa possibilidade é “obstaculizar” a realização de si mesmo enquanto sujeito.

Depreende-se que o ideal da educação permanente foi apropriado pela saúde como modelo para a educação de seus trabalhadores embora tenha como baliza a transformação das práticas e não a educação *por toda a vida*. No entanto há que se pensar se a EP como

eixo da gestão poderia mudar a *organização*? A nosso ver o investimento em melhores condições de trabalho talvez seja um passo mais efetivo em direção a uma prática que possa ter a educação como ação contínua na vida dos trabalhadores. Neste sentido destacamos a necessidade de pesquisas junto aos profissionais para compreender a percepção que têm sobre a PNEPS e identificar outros desafios a serem superados para se avançar em direção às mudanças pretendidas tanto na formação quanto nos serviços de saúde.

Constatamos ao longo dessa análise que apesar da implementação desta Política estar em curso ela parece mais retida na *intenção* de EP que numa inserção real dessa educação no cotidiano dos trabalhadores da saúde, explicitando assim certa distância entre o pretendido e o realizado, não apenas pelas *recontextualizações* inerentes à circulação do *texto* político mas por contradições próprias. A Portaria 1996/2007 tanto reproduziu dificuldades natas, como a participação do quadrilátero sem dispositivos de uma real articulação interinstitucional, quanto introduziu uma diretriz que parece não favorecer ao desenvolvimento da EPS que é a condução pelos CGR(s). Por conseguinte, entendemos que no processo de *tradução* da PNEPS poucos de seus objetivos já foram alcançados, tanto os de *primeira ordem*, a educação dos trabalhadores da saúde e mudanças possíveis nos serviços de saúde decorrentes desta *ação*, quanto aqueles de *segunda ordem* que teriam mais a ver com reflexos na melhoria da atenção à saúde da população.

Por fim consideramos que novos estudos devem investigar as implicações para a PNEPS da gestão regional da saúde que possivelmente enfrentará fragilidades herdadas da intensa municipalização ocorrida após instituição do SUS. Há que se pesquisar ainda como se pode efetivar a articulação público/privada para intervenções na formação de novos profissionais e na educação dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Por outro lado também julgamos necessário discutir os potenciais e limites de uma Política de EP para que suas diretrizes sejam exequíveis e coerentes com a educação mesma de toda *gente que faz saúde*.

REFERÊNCIAS

ACÇÃO EDUCATIVA. INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. **Relatório INAF 2009:** Indicador de Alfabetismo Funcional Principais Resultados. São Paulo: AE; IPM; 2009.

ADRIÃO, T. **Educação e produtividade:** a reforma do ensino paulista e a desobrigação do Estado. São Paulo: Xamã, 2006.

ADRIÃO, Theresa et al . As parcerias entre prefeituras paulistas e o setor privado na política educacional: expressão de simbiose? **Educ. Soc.**, Campinas, v. 33, n. 119, jun. 2012.

ADRIÃO T.; PERONI, V. (Organizadoras). **Público e privado na educação:** novos elementos para o debate. São Paulo: Xamã, 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** Beneficiários, Operadoras e Planos. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/8A9588652A8BF8A6012AA5AC5DB753EE/Caderno_2010-06.pdf>. Acesso em: 02 set. 2010.

AGUILAR VILLANUEVA, L. F. **La hechura de las políticas:** Antologías de la Política Pública. México: Porrúa, 1996a. Segunda antología.

AGUILAR VILLANUEVA, L. F. **Problemas públicos y agenda de gobierno:** Antologías de la Política Pública. México: Porrúa, 1996b. Terceira antología.

ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 411-430, maio/ago. 2013.

ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZI, L. F. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana A. L. D.; LIMA, L. D. (Organizadoras)

Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117-172.

AROUCA, L. S. O discurso sobre a educação permanente (1960-1983). **Pró-Posições.** Campinas, jul. 1996. v.7, n.2. p.65-78.

BAGNATO, M. H. S. Educação continuada na área da saúde: uma aproximação crítica. In: BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M.; SORDI, M. R. L. **Educação, saúde e trabalho: Antigos problemas, novos contextos, outros olhares.** Campinas: Alínea, 1999. p.71-98.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e seguros privados de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.507-543.

BAHIA, L. Um subministério faz mal à saúde. **O Globo,** Rio de Janeiro, 13 dez. 2010.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro no anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público e Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2011. Reimpressão. p.115-128.

BALL, S. J. **Textos, discursos y trayectorias de la política:** la trayectoria estratégica. Páginas. 2002; 2, 3:19-33.

BALL, S. J. **Grandes políticas, un mundo pequeño:** Introducción a una perspectiva internacional en las políticas educativas. In: NARODOWSKI, M. et al. **Nuevas tendencias en políticas educativas:** Estado, mercado y escuela. Buenos Aires: Granica, 2002b. p. 103-128.

BALL, S. J. **Education plc.** Understanding private sector participation in public sector education. London: Routledge, 2007.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de Apoio. Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARBOSA, P. M. **Coordenadas da Educação Permanente**. Lousã: Publicações Europa-América Ltda, 1971. 206p.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BÁRCIA, M. F. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982. 85p.

BARROSO, J. **A Regulação das Políticas Públicas de Educação**. Lisboa: Educa, 2006.

BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução por Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. 145p.

BAUMAN, Z. **Europa: uma aventura inacabada**. Tradução por Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. 151p.

BAUMAN, Z. **Em busca da política**. Tradução por Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

BERARDI, Luciana Andrea Accorsi. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS como instrumento de gestão pública na área de saúde. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 86, mar 2011. Disponível em:

<http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9062>
Acesso em 19 Jun 2013.

BERBEL, Neusi (org.). **Metodologia da Problematização**: Fundamentos e aplicações: Londrina: Ed. UEL, 1999.

BERNARDIM, M. L. **Educação do trabalhador**: Da escolaridade tardia à educação necessária. Guarapuava: Unicentro, 2008. 204p.

BERNSTEIN, B. **A estruturação do discurso pedagógico**: classe, códigos e controle. Petrópolis: Vozes, 1996.

BERNSTEIN, B. **Pedagogía, control simbólico e identidad**. Madrid: Morata, 1998.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BLACK, E. **Educação de Adultos**. 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **La nouvelle vulgateplanétaire**: Le Monde Diplomatique. 2000. p.6-7.

BRASIL 1988. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 7 jun. 2010.

BRASIL 1990. **Lei Nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, 1990.

BRASIL 1990. **Lei Nº 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República, 1990b.

BRASIL 1993. Ministério da Saúde. **A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)**. Cadernos RH Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. v.1, n.1. Brasília, 1993.

BRASIL 1997. **RH SUS**. Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002808.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2010.

BRASIL 2000. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico**. Área Profissional Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL 2002. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Relatório Final. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL 2003. Ministério da Saúde. **Portaria 650/GM/MS**. Aprova na conformidade do Anexo desta Portaria, as orientações, normas, regulamento e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde em 2003. 2003.

BRASIL 2003b. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em Brasília em 18 de setembro 2003. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Brasília, 2003b.

BRASIL 2004. Ministério da Saúde. **Portaria 198GM/MS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2004.

BRASIL 2004b. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sérgio Arouca. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2004b.

BRASIL 2004c. Ministério da Saúde. **Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2004c.

BRASIL 2005. Diário Oficial da União. 23 de Dezembro de 2005. Nº 246. ISSN 1677-7042.

BRASIL 2005b. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Conselho Nacional de Saúde, 2005b. Série J. Cadernos – MS. Série Cadernos Técnicos – CNS. 3.ª edição revista e atualizada.

BRASIL 2006. Ministério da Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Rio de Janeiro, 2006b.

BRASIL 2006b. Ministério da Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. Brasília, 2006b.

BRASIL 2006c. Ministério da Saúde. PCCS-SUS. **Diretrizes Nacionais para Instituição do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006d.

BRASIL 2006d. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM/MS**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006d.

BRASIL 2006f. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Orientações para sua implementação no SUS. Série Pactos Pela Saúde. Secretaria Executiva (SE). Departamento de Apoio à Descentralização (DAD). Coordenação-Geral de Integração Programática (CGIP). Brasília, 2006f. Volume 3.

BRASIL 2007. Ministério da Saúde. **Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde**. Material de Apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Estatística e Informação em Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2007b. Série G.

BRASIL 2007b. Ministério da Saúde. **Portaria 1.996 GM/MS**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007.

BRASIL 2007c. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Série B. Textos Básicos em Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2007c.

BRASIL 2008. Ministério da Educação. **Educação Profissional e Tecnológica**. Legislação Básica – Rede Federal. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Brasília, 2008.

BRASIL 2009. Ministério da Saúde. **Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2009.

BRASIL 2009b. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2009. 64 p. Série B, Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006. v.9.

BRASIL 2010. **Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde. Brasil 2010. Disponível em:**

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26840>

Acesso em: 19 out. 2010.

BRASIL 2010b. VER-SUS. **Histórico da implementação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23208>. Acesso em: 20 out. 2010.

BRASIL 2010c. **Pró-Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848>. Acesso em: 23 set. 2010.

BRASIL 2010d. **REGESUS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26656>. Acesso em: 27 set. 2010.

BRASIL 2010e. **UnA-SUS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1393>. Acesso em: 23 set. 2010.

BRASIL 2010f. **PROFAPS. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde. Disponível em:**

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26840>.

Acesso em: 19 out. 2010.

BRASIL 2011a. **Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em:** <<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/index.htm>>. Acesso em: 03 jan. 2011.

BRASIL 2011b. **Desprecarização do trabalho no SUS.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1285>. Acesso em: 04 jan. 2011.

BRASIL 2011c. **Regulação do Trabalho.** Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1292>. Acesso em: 04 jan. 2011.

BRASIL 2011d. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL 2011e. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho DE 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011. Disponível em:

<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.508-2011?OpenDocument>. Acesso em: 18 jul. 2013.

BRASIL 2011f. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. Informe Técnico. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, v. 45, n. 6, p.1206-7, 2011.

BRASIL 2012a. **Programa Nacional Telessaúde Brasil**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34171&janela=1>. Acesso em: 23 mai. 2012.

BRASIL 2012b. **Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36169&janela=1> Acesso em: 23 mai. 2012.

BRASIL 2012c. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>
Acesso em : 23 mai. 2012.

BRASIL 2012d. **Programa Brasil Alfabetizado**. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12280:brasil-alfabetizado&catid=255:brasil-alfabetizado&Itemid=539>. Acesso em: 11 jul. 2012.

BRASIL 2012e. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 11 jul. 2012.

BRASIL 2012f. **Decreto N° 5.840**, de 13 de julho de 2006. Institui, no âmbito federal, o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos - PROEJA, e dá outras providências.
Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/dec5840_13jul06.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

BRASIL 2012g. **RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1ª VERSÃO - 2012

BRASIL 2013a. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 2.087**, de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html> Acesso em: 03 Jul. 2013.

BRASIL 2013b. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mp621_maismedicos.pdf> Acesso em: 09 Set. 2013.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.** nº.109 São Paulo jan./mar. 2012.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimentos de Saúde por esfera administrativa**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Esfera.asp?VEstado=35> Acesso em 02 jul. 2013.

CAIADO, C.V. **A educação continuada sob o olhar da supervisora de enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAMPOS, F. E. et al. Os desafios para a educação permanente no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Cadernos RH Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2006. p.39-51.

CAMPOS, G.W.S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003.

CANÁRIO, R. **Educação de Adultos**: Um campo e uma Problemática. Lisboa: Educa, 2008.

CANCLINI, N. G. **Culturas híbridas** – estratégias para entrar e sair da modernidade. São Paulo: Edusp, 1998.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P.E.M. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. São Paulo: **Rev Saúde Pública**, v.40, n. 5, p. 914-20, 2006.

CARVALHO, C. L. et al. Perfil e caracterização das ações dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA A. L. D. **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.187-203.

CASTRO, J. A. **Financiamento e gasto público na educação básica no Brasil**: 1995-2005. Campinas: Educ. Soc., 2007. v.28, n.100. p.857-876.

CASTRO, J. L. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Natal: Observatório RH-Nesc/UFRN, MS/Brasil, OPAS/OMS, 2008. 267p.

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

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2006. p.107-12.

CECCIM, R.B.; FEUEWERKER, L.C.M. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis** – Rev. Saúde Coletiva 2004; 14: 41-65.

CECHIN, J. (Org.). **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação.** São Paulo: Saraiva, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE - CEBES 2011. **Renovar a Política preservando o interesse Público na Saúde.** Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/Renovar%20a%20Politica%20Preservando%20o%20Interesse%20Publico%20na%20Saude.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2013.

CENTRO FORMADOR DE PESSOAL PARA SAÚDE DE SÃO PAULO - CEFOR 2011. **II Oficina de trabalho:** aproximando as universidades / programas do MS – SGTES no estado de SP / SES-SP / Política de educação permanente em saúde do SUS-SP. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/agenda/eventos_externos/MEMORIA_OFICINA_TRABALHO_%20UNIVERSIDADES.pdf> Acesso em: 03 abr. 2013.

CENTRO PAULA SOUZA.

Disponível em: <<http://www.centropaulasouza.sp.gov.br/quem-somos/perfil-historico/>> Acesso em: 30 abr. 2013.

CHAGURI, M. A. L. P. **O curso Progestão no Estado de São Paulo e sua concepção de Educação Permanente.** 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Americana.

CIAVATTA, M.; RUMMERT, S. M. **As implicações políticas e pedagógicas do currículo na educação de jovens e adultos integrada à formação profissional.** Campinas: Educ. Soc., 2010. v.31, n.111, p.461-480, abr-jun.

CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A. “Era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Revista Brasileira de Educação**. v.17, n.49, jan/abr. 2012. p.11-37.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público e Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. Reimpressão. p.244-251.

COLLET, H. G. **Educação Permanente**: uma abordagem metodológica. Rio de Janeiro: SESC, 1976. 111p.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Deliberação nº 88 de 12 de dezembro de 2003.

Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2003/IELS.dez.03/Iels237/E_DL-CIB-88_131203.pdf> Acesso em: 02 mai. 2013.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Deliberação nº 36 de 21 setembro de 2011.

Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/legislacao/cib_rras.pdf>

Acesso em: 02 mai. 2013.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Entendimentos do Controle Interno Federal sobre a Gestão dos Recursos das Entidades do Sistema “S” (2009).**

Disponível em:

<<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/CartilhaEntendimentosCISistemaS/CartilhaEntendimentosCISistemaS.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2013.

COOMBS, P. H. **A crise mundial da educação**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976. 328p.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. **Livro Branco sobre a Educação e a Formação**. Ensinar e Aprender. Rumo à Sociedade Cognitiva. Bruxelas: CCE, 1995.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. **Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida**. Bruxelas: CCE, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Projeto de Lei 7.056/10**. Disponível em:

<http://www.conacs.com.br/sistemas/geral/pdf_Legislacao/31032010101334.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Disponível em: <http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>
≥ Acesso em: 27 mai. 2013.

CONSÓRCIO MEDICINA USP. **Recursos Humanos na Atenção Básica, Estratégias de Qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo**. Cadernos de

Atenção Básica – Estudos Avaliativos – 4. Centros de Estudos de Cultura Contemporânea: São Paulo, 2008.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* 2002; 7:18-49.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CUETO, M. **O valor da saúde**: história da Organização Pan-Americana da Saúde. Tradução por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. 241p.

DANIS, C. Processos de aprendizagem dos adultos numa perspectiva de desenvolvimento. In: Danis, C.; Solar, C. (Orgs.). **Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos**. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p.21-93.

DANIS, C.; SOLAR, C. (Orgs.). **Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos**. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p.21-93.

DAVIDSON, T. **The Education of Wage Earners**. 1898 *apud* GRATTAN, 1964.

DESTRO, M. R. P. **Educação Continuada**: visão histórica e tentativa de conceitualização. Campinas: Cadernos CEDES 36, 1995. p.21-27.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. Tradução por Renata Gaspar. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Coleção Textos Fundantes de Educação. 165p.

DI PIERRO, M. C. **Educação de jovens e adultos no plano nacional de educação**: avaliação, desafios e perspectivas. Campinas: Educ. Soc., 2010. v.31, n.112, p.939-959, jul/set.

DOURADO, L. F.; OLIVEIRA, J. F. **A qualidade da educação**: perspectivas e desafios. Campinas: Cad. Cedes, 2009. vol.29, n.78, p.201-215, mai/ago.

DUBAR, C. A. **Socialização**: Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, 1997.

DURÃO, A. V. R. Educação Permanente em Saúde: Direcionamentos e Controvérsias. In: EPSJV. **Estudos de Politecnia**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.107-130.

ELDER, C. D.; COBB, R. W. La formación de la agenda. In: **AGUILAR VILLANUEVA, L. F. Antologías de la Política Pública**. México: Porrúa, 1996.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA 2010. **Gerus** – Pós-graduação *Lato Sensu*. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/escola-de-governo/cursos/index.php?idcurso=325&indtipo=2&menu=666>>. Acesso em: 19 out. 2010.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO 2003. Ministério da Saúde. **Trabalhadores técnicos em saúde**: Formação Profissional e Mercado de Trabalho. Rio de Janeiro: EPSJV, 2003.

EPSJV. RET-SUS. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=RETSUS>>. Acesso em: 02 dez. 2010.

EPSJV 2010b. PROFORMAR. **Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Proformar&MNU=LAVSA>>. Acesso em: 02 dez. 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA. **Relatório Pólo Oeste Paulista.**

Disponível em: <<http://www.famema.br/institucional/documentos/poloopermanente.pdf>>

Acesso em: 02 mai. 2013.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora.** 2003, 6 (2): 123 -125.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da Política nacional de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006.** 2008. Dissertação (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FARIA, R. M. B. Os desenhos institucionais da educação permanente: balanço das políticas. In: PIERANTONI, C. R; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Educação e Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.123-143.

FAURE, E. **Aprender a ser.** Venda Nova: Livraria Bertrand, 1974. 454p.

FERLA, A.; MARTINS JÚNIOR, F. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, 23:8-20. 2001.

FIGUEIREDO, F. As transformações do Pós-Guerra e o Pensamento da CEPAL. **Revista de Economia Política.** São Paulo, v.10, n.4, p. 138-150, out/dez, 1990.

FREIRE, P. Ideologia e Educação: Reflexões sobre a não neutralidade da educação. In: Gadotti, M. **A educação contra a educação.** 3ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 172p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura). 146p. 41ª reimpressão.

FREIRE, P. **Política e educação**: ensaios. 5ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção Questões de nossa época, v.23).

FREITAS, M. W. **O modo de pensar a Educação Permanente em Saúde em uma região da cidade de São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS M. (Orgs.). **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 57-82.

FRIGOTTO, G. Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje. In: LIMA, J. C. F.; NEVES L. M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.241-288.

FRIGOTTO, G. Capital humano. In: **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006b. p. 44-50.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho**: um caminho para a construção e transformação em saúde nos Hospitais Universitários Federais de Ensino, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 267 p.

FERRETI, C. J. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? Campinas: Educ. Soc., 2002. 23: 299-306.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade do saber. Rio de Janeiro:

Graal, 1988.

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA USP. PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. **Relatório Final**. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina, 2008.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP 2012.
Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço das Regiões: Grande S P / Registro / Sorocaba / Taubaté / Baixada Santista. Disponível em:
<www.oberversaude.fundap.sp.gov.br> Acessado em: 02 fev. 2012.

FURTADO, C. Comentários às “Perspectivas da Economia Brasileira”. In: **Dossiê Celso Furtado**. 2006. Disponível em:
<http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201109161622370.CD2_0_177.pdf>. Acesso em: 25 jun. 12.

FURTER, P. **Educação e Reflexão**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1973. 91p.

FURTER, P. **Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural**. Petrópolis: Vozes, 1974. 221p.

FURTER, P. **Educação e Vida**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1972. 191p.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 9.ed. São Paulo: Cortez; 1995. 175p.

GADOTTI, M. **A Educação contra a educação**. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 172p.

GADOTTI, M. Educação de jovens e adultos: correntes e tendências. In: GADOTTI, M.; ROMOÃO, J. E. (Orgs.). **Educação de jovens e adultos**: Teoria, prática e proposta. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Guia da escola cidadã; v.5). p. 29-39.

GATTI, B. A. Análise das políticas públicas para formação continuada no Brasil, na última década. **Revista Brasileira de Educação**. v.13, n.37, jan/abr. 2008.

GENTILE, P. Debates realizados no seminário: “O Banco Mundial e as políticas de educação no Brasil”. In: TOMMASI, L. D.; WARDE, M. J.; HADDAD, S. (Orgs.). **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2003. p.253-259.

GERSCHMAN, S. **Conselhos Municipais de Saúde**: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Públ.* 2004; 20: 1670-1681.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. São Paulo: RBCS, 2006. 21:178-227.

GERSCHMAN, S., SCHOTT, M. Os percalços da Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Rio de Janeiro: dilemas institucionais no âmbito estadual. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.204-223.

GOGUELIN, P. **A formação contínua de adultos**. Tradução por Hermano Neves. Coleção SABER. Lisboa: Publicações Europa-Amércia, 1970. 222p.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2003.

GRATTAN, C. H. **Educação de adultos**: Idéias norte-americanas de 1710 a 1951. São Paulo: IBRASA, 1964. 132p.

GROPPO, L. A. **Uma Onda Mundial de Revoltas**: Movimentos Estudantis de 1968. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2005. 294p.

GROPPO, L. A.; FILHO, M. Z.; MACHADO, O. L. **Juventude e movimento estudantil**: ontem e hoje. Recife: EditoraUniversitária, 2008. ;19p.

GUSFIELD, J. **The Culture of Public Problems**. Chicago: University of Chicago Press, 1981 *apud* ELDER & COBB, 1996.

GUIZARDI, F. L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2009.

GUIZARDI, F.L. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis – Rev. Saúde Coletiva** 2004; 14: 15-39.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Proceso de Trabajo y Educacion Permanente de Personal de Salud**: reorientacion y tendencias en America Latina. *EducMedSalud*. v.24, n.2. 1990.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educacion Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

HAYASHI, M. C. P. I. et al. **História da Educação Brasileira**: a produção científica na Biblioteca eletrônica Scielo. *Educ. Soc.* [Online]. v.29, n.102, p.181-211. ISSN 0101-7330.

IBÃNEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):391-404, 2001.

IMMERGUT, E.M. The Theoretical Core of the New Institutionalism. **Politics & Society** 1998; 26:5-34.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. INAF – **Indicador de Alfabetismo Funcional**.

Disponível em:

<http://www.ipm.org.br/ipmb_pagina.php?mpg=4.02.00.00.00&ver=por>. Acesso em: 12 out. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS E ESTUDOS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Educação Profissional Técnica de Nível Médio no Censo Escolar**. Brasília: INEP, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS E ESTUDOS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Superior 2010**: divulgação dos principais resultados. Brasília: INEP, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Superior 2010**: resumo técnico. Brasília, 2012. 85p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Características da População e dos Domicílios – Resultados do Universo. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contas Nacionais**: Sistema de Contas Nacionais Brasil 2005-2009. n.34. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Características da População e dos Domicílios – Resultados do Universo. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

INVESTE SÃO PAULO. **Economia**. Disponível em: <<http://www.investe.sp.gov.br/porque/pib>> Acesso em 02 jul. 2013.

JANNE, H. Prefácio. In: SCHWARTZ, B. **A educação amanhã**. Petrópolis: Vozes, 1976. p.17-29.

JOUVAL Jr., H. E. Políticas e Estratégias governamentais de Regulação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público e Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. Reimpressão. p.265-270.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 2ed. 230p.

KRAWCZYK, N. A sustentabilidade da reforma educacional em questão: a posição dos organismos internacionais. **Revista Brasileira de Educação**. jan./abr. n.19. p.43-61. 2002.

KRAWCZYK, N.; VIEIRA, V. L. **A reforma educacional na América Latina nos anos 1990: uma perspectiva histórico-sociológica.** São Paulo: Xamã, 2008. 143p.

KURCGANT, P.; CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. **Capacitação do profissional de saúde no âmbito da formação e da educação continuada.** Ver. Esc, Enf. USP, v.28,n.3, p.251-6, dez. 1994.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: Dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.; SUAREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.353-383.

LE GOFF; JEAN-PIERRE. **L'erosiondesidéaux de l'éducation permanente.** n.129, p.29-33, 1996 *apud* CANÁRIO, 2008.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde.** 2010. Dissertação (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação Brasileira, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

LENGRAND, P. **Introdução à Educação Permanente.** 2.ed. Lisboa: Livros Horizonte Ltda, 1981. 110p.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA A. L. D.; LIMA, L. D. (Organizadoras). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 81-113.

LIMA, L.C. **Educação ao longo da vida: entre a mão direita e a mão esquerda de Miró.** São Paulo: Cortez, 2007.

LIMA, L.C. **A escola como organização educativa.** São Paulo: Cortez, 2011.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias governamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Organizadoras). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de Descentralização e Regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W.; LIMA, L. D. (Organizadoras). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 229-251.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.; SUAREZ, J. M. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LINDBLOM, C. E. **El proceso de elaboración de Políticas Públicas**. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas, 1991. Disponível em: <<http://www.iapqroo.org.mx/website/biblioteca/EL%20PROCESO.pdf>>. Acesso em: 23 ago.2012.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

LOPES, A. C. Política de Currículo: Recontextualização e Híbridismo. **Currículo sem Fronteiras**, v.5, n.2, p.50-64, Jul/Dez 2005.

LUZ, M. T. Novas realidades em Saúde, novos objetos em Ciências Sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997. p.79-85.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: _____ (Org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p.13-33.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.; SUAREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.257-281.

MACHADO, M. H., OLIVEIRA, E. S. Mercado de Trabalho em Saúde: onde trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N., OLIVEIRA, E. S. (Orgs.). **Ministério da Saúde**: Trabalhadores de Saúde em Números. v.2. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. p.59-93.

MACHADO, M. H. Trabalho e Emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.309-330.

MACHADO C.V.; BAPTISTA, T. W. F. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W.; LIMA, L. D. (Organizadoras). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 149-172.

MACHADO, C. V. et al. O papel das Comissões Intergestores Bipartite na regionalização em saúde. In: VIANA A. L. D.; LIMA, L. D. (Organizadoras) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 173-196.

MAINARDES, J. A. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. In: **Educação e Sociedade**, São Paulo: Cortez; Campinas, CEDES, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educação & Sociedade**, São Paulo: Cortez; Campinas, CEDES, v.30, n.106, p.303-318, jan./abr. 2009.

MAINARDES, J. et al. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: BALL, S.; MAINARDES, J. **Políticas educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 143-172.

MANCEBO, D. Reforma universitária: reflexões sobre a privatização e a mercantilização do conhecimento. Campinas: **Educ. Soc.**, 25: 88, p. 845-866, 2004.

MARANDOLA et al. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.10, n.2, p. 53-60, jun. 2009.

MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Cadernos CEDES 36**, Campinas. p.13-20. 1995.

MARQUES, E. C. **Notas críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos**. BIB 1997; 43: 67-102.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil : atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs). **Gestão Pública e Relação Público e Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. Reimpressão. p.180-197.

MERHY, E E. **Saúde**: Cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MERHY, E.E. **O desafio que a educação permanente tem em si**: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9: 161-177.

MERRIAM, S. B.; CLARK, M. C. **Lifeliness**: Patterns of Work, Love and Learning in Adulthood. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991 *apud* DANIS, C.; SOLAR, C. 1998.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. Tradução por Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MORAES, R. **Neoliberalismo**: de onde vem, para onde vai? São Paulo: Senac, 2001. p.28-67.

MORAIS, F. R. R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 541-551, nov. 2012.

MORDUCHOWICZ, A. El subsidio a la demanda: entre los límites de la economía y los (irresueltos) problemas educativos. **Revista de Tecnología Educativa**, Santiago do Chile, v.4, n.1-2, p.29-49, 2000.

MORIN, E. **O Método 3**: O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999.

MOROSINI, M. V. **Educação e Trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOYSÉS, N.; TEIXEIRA, M.; PEREIRA, S. R. Estrutura da Rede de Serviços de Saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? In: MACHADO, M.H.; MOYSÉS, N.; OLIVEIRA, E. S. (Orgs.). **Trabalhadores de Saúde em Números**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v.2, p.11-31.

MUCCHIELLI, R. **A formação de adultos**. Tradução por Jeanne Marie Claire Pucheu. São Paulo: Livraria Martins Fontes LTDA, 1981. 275p.

MURBACK S. E. S. L. **Educação Continuada em Saúde Coletiva**: desafios e possibilidades. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NEPP. **Formação de Profissionais para a Saúde da Família**: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF. Etapa 3. NEPP/UNICAMP, 2002.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. São Paulo: Editora SENAC, 2001.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Sinais de Mercado**. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

NOGUEIRA, R. P. A regulação dos vínculos de trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Coordenação geral de desenvolvimento de RH para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999 *apud* EPSJV 2003.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. São Paulo: Editora Senac, 2001.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. **Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro**: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v.33, n.81, p.72-79, jan./abr. 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OFFE, C. **Capitalismo Desorganizado**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **IV Conferência Internacional sobre Educação de Adultos**. Hamburgo: Instituto de Educação da UNESCO, 1977.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Final e Agenda para o Futuro**. Lisboa: Instituto de Educação da UNESCO, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Confintea VI: Marco de Ação de Belém**. Brasília: Unesco, 2010b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Metas para 2015**. Disponível em:
<<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147330por.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **15ª Conferência 1968**. Disponível em:
<<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001601/160197eb.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Records of the general Conference Fifteenth Session Paris, 1968b**.

Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001140/114047Eb.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Textos fundamentais Edición de 2012 que contiene los textos y modificaciones aprobados por la Conferencia General en su 36a reunión (París, 25 de octubre – 10 de noviembre de 2011)**. Paris: UNESCO, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Actas de la Conferencia General 19 a reunión Nairobi, 26 de octubre - 30 de noviembre de 1976**. Volumen1. Resoluciones. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001140/114038s.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Relatório Global sobre Aprendizagem e Educação de Adultos**. Brasília: UNESCO, 2010. 156 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Educação: Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI: Destaques**. Brasília: UNESCO/FUNDAÇÃO FABER-CASTELL, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização do Cuidado a partir de Problemas**: uma alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rede Gestão do SUS (GERUS)**.

Disponível em:

<http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=343>. Acesso em: 19 out. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas**. Série Desarrollo de Recursos Humanos. 2.ed., n.78, 1988.

OSÓRIO, A. R. **Educação Permanente e Educação de Adultos**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2005. 368p.

OSZLAK, O.; O'DONNELL, G. **Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación**. Buenos Aires: CEDES/G.E.CLACSO/n.º 4, mar.1976.

Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=90711285004>>. Acesso em: 23 ago.2012.

OSZLAK, O.; O'DONNELL, G. **Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación**. Argentina: Universidad Nacional de Quilmes Argentina. Redes, v.2, n.4, 1995, p.99-128.

PÁDUA, E. M. M. O trabalho monográfico como iniciação à pesquisa científica. In: CARVALHO, M.C.M. (Organizadora). **Construindo o Saber - Metodologia Científica Fundamentos e Técnicas**. 17 ed. Campinas: Papirus, 2006. p.147-169.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, V. **Anos 90**: as novas tarefas da educação dos adultos na América Latina. Cad. Pesq., São Paulo, n.89, p.29-38, mai.1994.

PAIVA, V. (Org.). **Educação Permanente e Capitalismo Tardio**. São Paulo: Editora Cortez, 1985.

PAHIM, Maria Luiza Levi. **Organizações Sociais de Saúde no estado de São Paulo**: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAREPS. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde DRS III Araraquara. Araraquara: DRSIII, 2012. 73p.

PARKIN, G. W. **Educação Permanente**: modelo conceitual. Lisboa: Livros Horizonte Ltda, 1976. 132p.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo: USP, 2007. 41(3):478-84.

PECI, A. et al. Oscips e termos de parceria com a sociedade civil: um olhar sobre o modelo de gestão por resultados do governo de Minas Gerais. Rio de Janeiro: **RAP**, v. 42, n. 6, p.1137-62, nov./dez. 2008.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.393-420.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: Matta, Gustavo Corrêa (Org.). **Debates e Síntese do Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, F. B. G. Educação Continuada em Enfermagem. In: BUENO et al (Orgs.). **Enfermeiro Professor e o Ensino Médio em Enfermagem**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. p.183-186.

PERES, E. S. R.; BAGNATO, M. H. S. Análise das concepções de educação contínua na produção científica na área da saúde. In: BUENO et al (Orgs.). **Enfermeiro Professor e o Ensino Médio em Enfermagem**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. p.187-195.

PERONI V. M. V. A gestão democrática da educação em tempos de parceria entre o público e o privado. Campinas: Pro-Posições, Campinas, 23: 2 (68), p. 19-31. maio/ago 2012.

PIRES, D. E. Precarização do trabalho em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.196-199.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. **Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204p. ISBN 85-7541-102-0. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

PIRES-ALVES F. A.; PAIVA, C. H. A.; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 3, p. 819-829, 2008.

PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. D. **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. 239p.

PÓ, M. V. Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público e Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. Reimpressão. p. 220-243.

QUINTANA, P. B. et al. Educación Permanente, processo de trabajo y calidad de servicioensalud. In: HADDAD, Q. J; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Orgs.). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p.33-61.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

RAMOS, M. **A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais**. Campinas: Educ. Soc., 2002. 23: 401-422.

RAMOS, M. Políticas Públicas de Educação Profissional em Saúde no Brasil e no Mercosul. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA: TRABALHO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO: PROJETOS EM DISPUTA NA SOCIEDADE BRASILEIRA, 12., 2006. **Anais...** Rio de Janeiro: UFF, UERJ, EPSJV, 2007.

REIN, M; RABINOVITZ, F. F. La implementación: una perspectiva teórica entre la intención y la acción. In: **AGUILAR VILLANUEVA, L. F. Antologías de la Política Pública**. México: Porruá, 1996.

RIBEIRO, V. M. Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Educação & Sociedade**. Ano XVIII, n.60, dez/1997, p.144-158.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro,. 13: 81-92, 1997.

RIBEIRO, E. C. O. Educação permanente em saúde: reflexões sobre uma oficina com pólos de saúde da família do Paraná. **Olho Mágico**, Londrina, 8: p. 8-10, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1985.

RIZZINI, L; CASTRO, M. R.; ZARTOR, C. D. **Pesquisando: guia de metodologias de pesquisa para programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1999.

RET-SUS. **Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Disponível em:

<<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=RETSUS>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

RODRIGUES, M. **O Brasil da abertura: de 1974 à Constituinte**. São Paulo: Atual, 1990. 89p.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROMÃO, J. E. O fruto de maio de 1968: o grito dos silenciados. **Rhela**. v.11, 2008. p.189-204.

ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C.; HADDAD, Q. J. **Educacion permanente y trabajo en salud: un proceso en construccion**. Washington: Educ. Med. Salu., 1993. 27: 466-488.

ROVERE, M. R. **Gestion de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica**. Washington: Educ. Med. Salu., 1993. 27: 4. 489-515.

ROVERE, M. R. Gestión Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Orgs.). **Educacion Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p.63-106.

RUS PEREZ, J. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 1998. p. 65-73.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público e Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. Reimpressão. p.115-128.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. **Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica**. Rio de Janeiro: Trab. Educ. Saúde, v.5, n.3, p.433-452, nov.2007/fev.2008.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. A. La implementación de la política pública: un marco de análisis. In: **AGUILAR VILLANUEVA, L. F. Antologías de la Política Pública**. México: Porrúa, 1996.

SANTOS, S. M. C.; LIMA, L. S.; MARTELLI, D. R. B.; MARTELLI-JÚNIOR, H. Perfil dos pesquisadores da Saúde Coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19 [3]: 761-775, 2009.

SCHOTT, M. **Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO 2012. **Censo escolar 2012**. Matrículas iniciais por nível. Disponível em:

<<http://www.educacao.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/327.pdf>> __Acesso em: 02 jul. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Decreto n° 51.433, de 28 de dezembro de 2006**: cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto%20n.51.433,%20de%2028.12.2006.htm>>. Acesso em: 31 jan.2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Plano estadual de saúde 2008 - 2011**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008a. 300p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Pacto pela saúde**: plano diretor de regionalização – PDR do Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008b. 35p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Redes de Atenção à Saúde 2010**. Disponível em:

<http://www.fehosp.com.br/v2/servicos/eventos/audhosp/audhosp/apresentacoes_9-AUDHOSP/AUDHOSP_14-09-10/Pre_Congresso/Redes_FEHOSP.pdf> Acesso em: 02 fev. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013a. **Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos**.

Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/areas-da-crh/grupo-de-selecao-e-desenvolvimento-de-rh/quem-somos/grupo-de-selecao-e-desenvolvimento-de-recursos-humanos>> Acesso em: 13 Jun. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013b. **Organizações Sociais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>> Acesso em: 19 Jun. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013c. **Organizações Sociais de Saúde OSS**. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>> Acesso em: 19 Jun. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013d. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf> Acesso em: 24 mai. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013e. **Mapa da Saúde do Estado de São Paulo 2012**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/estado_rras_drs_rs.jpg> Acesso em: 18 jul. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013f. **Divisão Político Administrativa do Estado de São Paulo - Composição RRAS**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude>> Acesso em: 02 jul. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO 2013g. **Mapa da Saúde Modelo**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/relacao_de_variaveis_para_o_mapa_de_saude_com_inclusao_de_sugestoes_cosems_v06_07_2012.pdf> Acesso em: 05 Jun. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Plano Estadual de EP em saúde – 2007**. Documento Norteador. Diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente no estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/diretrizes_educacao_permanente_sp.pdf>. Acesso em: 01 fev.2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2011. **Deliberação nº 36 de 21 setembro de 2011**.

Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/legislacao/cib_rras.pdf>

Acesso em: 02 mai. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2011.

Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo.

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf> Acesso em: 05 Jun. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2013. **SUS no Estado de São Paulo**: Atualizações para os Gestores Municipais. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/sus-no-estado-de-sao-paulo-atualizacoes-para-os-gestores-municipais-publicacao/sus_est_sp_atualizacao_gestores_municipais_publicacao.pdf>

Acesso em: 23 mai. 2013.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em:

< <http://www.desenvolvimento.sp.gov.br/superior/> > Acesso em: 30 abril 2013.

SEGENREICH, S. C. D.; CASTANHEIRA, A. M. Expansão, privatização e diferenciação da educação superior no Brasil pós LDBEN/96: evidências e tendências. **Aval. pol.públ. educ.**, Rio de Janeiro, v.17, n.62, p.55-86, 2009.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL - SENAC. DN. **Relatório geral, 2012**. Rio de Janeiro, 2013. 101 p. Il. Tab. Graf.

Disponível em: <<http://www.senac.br/media/6862/geral2012.pdf>>

Acesso em: 22 Jun. 2013.

SEVERINO, A. J. Fundamentos ético-políticos da educação no Brasil de hoje. In: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.289-320.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atualizada – São Paulo: Cortez, 2007.

SCHWARTZ, B. **A educação amanhã**. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 1976. 407p.

SILVA, Tatiane Aparecida Moreira da. **Trajetória profissional na Estratégia de Saúde da Família**: em foco a contribuição da especialização. 2009. 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, I.F; LABRA, M.E. **As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório**. Cad. Saúde Públ. 2001; 17: 161-170.

SILVA, J.P.V.; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde

Joaquim Venâncio, organizador. **Textos de Apoio**. Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

SINDICATO DAS ENTIDADES MANTENEDORAS DE ESTABELECIMENTOS DE ENSINO SUPERIOR NO ESTADO DE SÃO PAULO (SEMESP). **Mapa do Ensino Superior no Estado de São Paulo**.

Disponível em: <http://semesp1.tempsite.ws/semesp_beta/semesp-lanca-segunda-edicao-do-mapa-do-ensino-superior-de-sp/> Acesso em: 18 jul. 2013.

SOUZA, A. M. A. et al. Processo Educativo nos Serviços de Saúde. **Série Desenvolvimento de Recursos Humanos**. Brasília: OPAS, 1991. n.1.

SOUZA, C. Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Subáreas. **Ciclo de Debates da Política Estadual de Habitação de Interesse Social**. Salvador, 2005.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: In: HOCHMAN, G.; ARRETICHE, M.; MARQUES, E. (Organizadores). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 65- 86.

SOUZA, H. M; GIL, C. R. R.; CERVEIRA, M. A. C.; TORRES, Z. F. **Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúd, 2002. p.147-155.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, 2003. 58: 226-54.

TIRAMONTI, G. **Modernización educativa de los '90: el fin de la ilusión emancipadora?** Buenos Aires: Temas Grupo Editorial, 2001.

TOURAINÉ, A. Educação Permanente e Sociedade Industrial. **R. bras. Est. Pedag.** Rio de Janeiro. v.51, n.113, p.32-40, jan/mar. 1969.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Contratação de Oscip para desempenho de atividades na área de saúde. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte.** v. 75, n. 2, p. 182-186, abril/jun. 2010.

Disponível em: <<http://revista.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/911.pdf>>

Acesso em: 22 Jun. 2013.

TRIGUEIRO, D. Um novo mundo: uma nova educação. **R. bras. Est. Pedag.** Rio de Janeiro. v.51, n.113, p.09-18, jan/mar. 1969.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.473-505.

UNIÃO EUROPEIA. **Livros Brancos.**

Disponível em: <http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index_pt.htm

Acesso em 07/12/2011>. Acesso em: 17 dez. 2011.

UNIFESP. **Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.** Disponível em: <<http://www.promed.unifesp.br/?p=links>>. Acesso em: 19 out.2010.

VÁSQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis,** 2ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIANA, A. L. D. et al. O modelo Pólos: comparação de duas experiências recentes. In: PIERANTONI, C. R; VIANA, A. L. D (Orgs.). **Educação e Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.144-186.

VIANA, A. L. D. et al. **Programa de Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010b.

VIANA, A. L. D., BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.65-105.

VIANA, A. L. D. et al. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2008. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 4).

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: ____ (Organizadoras) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

VIACAVA, F. Produção científica dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no período 1998-2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):1977-1988, 2010.

VIEIRA, M. Recursos Humanos em Saúde. In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.221-225.

WEBER, M. **Ciência e Política: Duas Vocações**. São Paulo: Editora Cultrix, 1993.

OBRAS CONSULTADAS

ALVES, G. L. **A produção da escola pública contemporânea**. 4.ed. Campinas: Autores Associados, 2006. 288p.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 14.ed. São Paulo: Cortez 2010.

BERNSTEIN, B. A pedagogização do conhecimento: estudos sobre recontextualização. **Cad. Pesquisa**. [online]. São Paulo, n.120, pp. 75-110, 2003.

BECKER, H. S. Segredos e truques da Pesquisa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BENJAMIN, C. et al. **A opção brasileira**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998. 208p.

BRASIL 1993. **Portaria 545**: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma operacional Básica – SUS 01/93. Ministério da Saúde 1993.

BRASIL 1993. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. v.1, n.1. Brasília: 1993b.

BRASIL 1998. **10ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde 1998.

BRASIL 2005. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde:** Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DIAS, R. (Org.). **Formação continuada:** diálogos entre educadores. Jaboticabal: Funep, 2010.140p.

GASPARI, E. **As ilusões Armadas:** a Ditadura Escancarada. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 507p.

MARIN, A. J. (Org.). **Educação continuada:** reflexões, alternativas. Campinas: Papyrus, 2000. 160p.

NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos Humanos em Saúde:** política, desenvolvimento e mercado de trabalho. NEPP. Campinas: Unicamp IE, 2002.

NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil:** radiografia da Saúde. NEPP. Campinas: Unicamp IE, 2001.

SAVIANI, D.; ALMEIDA, J. S.; SOUZA, R. F; VALDEMARIN, V. T. **O legado educacional do século XIX.** 2.ed. Campinas: Autores Associados, 2006. 215p.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:** características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: NEPP/Unicamp. (Caderno 48)

ANEXOS

ANEXO I	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS. CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA UTILIZADOS.....	273
ANEXO II	PORTARIA N°1996 MS/2007.....	275
ANEXO III	PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	295
ANEXO IV	ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	296
ANEXO V	QUESTIONÁRIO.....	298
ANEXO VI	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	300
ANEXO VII	MARCO CONCEITUAL DE BALL PARA ANÁLISE DA PNEPS.....	302

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA BASE DE DADOS LILACS. CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE A PARTIR DOS TERMOS DE BUSCA UTILIZADOS.

✓ Termo de busca Educação Continuada

Foram identificadas 23 possibilidades de concepções de EC e EP sendo as mais freqüentes: EC como capacitação (40), formação (40), atualização (15), aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (5), qualificação (3) e EP como aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (18), aprendizagem que se dá no coletivo e pode transformar a instituição (4) e atualização (3). Houve diferenciação dos termos em 5 casos e em 8 não houve distinção. Em uma ocorrência ora os termos foram considerados iguais ora distintos.

Outras concepções para educação continuada foram: aperfeiçoamento (2), transmissão de conhecimento (2), aprendizagem ao longo da vida (1), aprendizagem ativa (1), desenvolvimento (1) e reciclagem (1).

Outras concepções para educação permanente foram: formação (2), qualificação (2), treinamento (1).

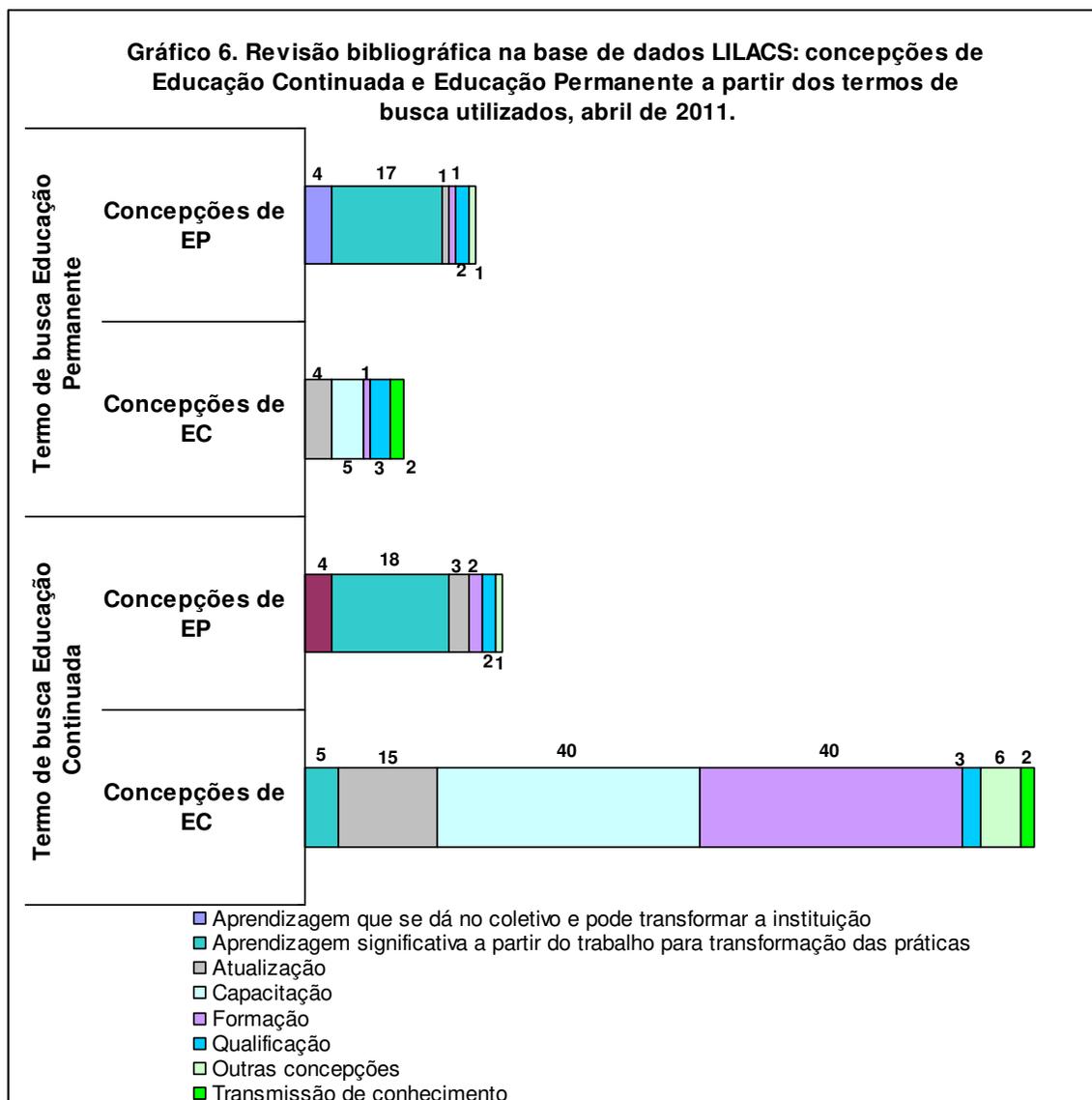
Também a educação foi considerada como contínua (6), como ato individual (1) ou como ato pessoal (1).

✓ Termo de busca Educação Permanente

Foram identificadas 15 possibilidades de concepções de EC e EP sendo as mais freqüentes: EC como capacitação (5), atualização (4), qualificação (3), transmissão de conhecimento (2) e EP como aprendizagem significativa a partir do trabalho para transformação das práticas (17), aprendizagem que se dá no coletivo e pode transformar a instituição (4), qualificação (2). Houve diferenciação dos termos em 5 casos e em 7 não houve distinção. Em uma ocorrência ora os termos foram considerados iguais ora distintos.

Outra concepção para educação continuada foi formação (1).

Outras concepções para educação permanente foram: atualização (1), formação (1), treinamento (1).





MINISTÉRIO DA SAÚDE

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%) 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.

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 infraestrutura, 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 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.

PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Nº 162, DE 22 DE AGOSTO DE 2007, SEÇÃO 1.

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
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%

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Consultar Documento original – BRASIL, 2007b)

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Educação Profissional de Nível Técnico (Consultar Documento original – BRASIL, 2007b).

ANEXO III

Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

PROJETO DE PESQUISA

Título: A Educação Permanente em Saúde: a construção de uma política.

Área Temática:

Pesquisador: MÁRCIA SCHOTT

Versão: 2

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

CAAE: 01025812.0.0000.5404

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 44144

Data da 13/06/2012

Apresentação do Projeto:

Foi esclarecido quem serão os sujeitos participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender de que maneira as novas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) estabelecidas pela Portaria N° 1.996/GM/MS de 2007 contribuem para a educação permanente do profissional da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa proposta não apresenta riscos previsíveis, já que apenas serão realizadas entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Os benefícios dizem respeito à contribuição da pesquisa para discussão da Política estudada e melhorias nos mecanismos propostos para sua implementação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora apontou que os sujeitos da pesquisa serão representantes das 5 Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIESs) do estado de SP. Como estes sujeitos estariam entre os responsáveis pelas instâncias em questão, não teriam superiores responsáveis para dar anuência para a execução do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados folha de rosto e TCLE, que estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como os sujeitos da pesquisa são seus próprios responsáveis, e o o projeto não apresenta riscos previsíveis aos mesmos, consideramos que está adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

CAMPINAS, 26 de Junho de 2012

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Assinado por: Carlos Eduardo Steiner

Roteiro de Entrevista

Pesquisadora: Márcia Schott

Entrevistado (a): _____

Data: ___/___/____ Horário: _____ às _____

Local: _____

1) Identificação

a) Sexo: ()M ()F

b) Idade: _____

c) Contato: Fone: _____

e-mail: _____

outros: _____

2) Formação acadêmica

a) Título: _____

Ano: _____

Instituição: _____

b) Título: _____

Ano: _____

Instituição: _____

c) Título: _____

Ano: _____

Instituição: _____

3) Atuação Profissional desde 2004

a) Função: _____

Local: _____

Vínculo: _____

b) Função: _____

Local: _____

Vínculo: _____

c) Função: _____

Local: _____

Vínculo: _____

Outras _____

4) Você participou dos Pólos de Educação Permanente? Qual? Em qual condição e/ou função? Por quanto tempo?

5) Em qual (ais) instância (s) relativa (s) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) você participa/atua/trabalha/representa? A partir de quando?

() CIES Qual? _____

() CGR Qual? _____

() CDQ Qual? _____

() DRS Qual? _____

() NEP Qual? _____

() Outra (s) _____

- 6) Qual a função da instância que você participa/representa na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP)? Quais são os participantes desta instância?
- 7) Como tem sido a participação desta instância na PNEP em sua localregião de abrangência? Quais as principais facilidades e quais os desafios existentes?
- 8) De acordo com a Portaria 1996/2007 que instituiu as novas diretrizes da PNEP é previsto que sejam elaborados Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Você tem informações sobre esses Planos? Em sua localregião estão sendo elaborados? Com qual frequência? Por quais atores?
- 9) Quais conquistas você identifica como decorrentes da implementação da Política a partir da nova Portaria 1996/07 para localregião de abrangência a que pertence a instância que você representa?
- 10) Como você compreende a Educação Permanente em Saúde?
- 11) No seu entender de que maneira as novas diretrizes da PNEP estabelecidas pela Portaria Nº 1.996/GM/MS de 2007 contribuem para a educação permanente do profissional da saúde?
- 12) Como se dá a participação do setor público e do setor privado de saúde e de educação na PNEP? Há diferenças? Explique.
- 13) Em 2011 foram definidas novas diretrizes para a regionalização da saúde através do Decreto 7.508 que dispõe sobre a organização do SUS. Sua localregião já está sendo impactada por esse novo arranjo proposto? De que maneira? Em sua opinião como influenciará a Educação Permanente em Saúde?

Outras considerações

—

QUESTIONÁRIO	
<i>Pesquisa</i>	A Educação Permanente em Saúde: a construção de uma política.
<i>Pesquisadoras</i>	Márcia Schott Maria Helena Salgado Bagnato
<i>Instituição</i>	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA) da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
<i>Contatos</i>	marciaschott@hotmail.com ou (19) 33254529 mbagnato@unicamp.br ou (19) 35215623
<i>Devolução</i>	A devolução deste Questionário deverá ser feita pelo e-mail (marciaschott@hotmail.com) ou endereço abaixo se preferir: PRAESA – Faculdade de Educação/Unicamp Rua Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Distrito Barão Geraldo, Campinas/SP. CEP: 13083-865
1. IDENTIFICAÇÃO	
<i>Nome</i>	
<i>Sexo</i>	
<i>Idade</i>	
<i>Endereço Profissional</i>	(rua, nº, cidade, cep)
<i>Contatos</i>	Fone: e-mail:
2. FORMAÇÃO ACADÊMICA	
<i>Título</i>	
<i>Ano</i>	
<i>Instituição</i>	
<i>Título</i>	
<i>Ano</i>	
<i>Instituição</i>	
<i>Título</i>	
<i>Ano</i>	
<i>Instituição</i>	
3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL DESDE 2004	
<i>Função</i>	
<i>Local</i>	
<i>Vínculo</i>	
<i>Função</i>	
<i>Local</i>	
<i>Vínculo</i>	
<i>Função</i>	
<i>Local</i>	
<i>Vínculo</i>	
<i>Função</i>	
<i>Local</i>	
<i>Vínculo</i>	
<i>Outras</i>	

4. ATUAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PNEP)	
A) Você participou dos Pólos de Educação Permanente?	
<i>Qual?</i>	
<i>Em qual condição e/ou função?</i>	
<i>Por quanto tempo?</i>	
B) Em qual (ais) instância (s) relativa (s) a atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) você participa/atua/trabalha/representa? A partir de quando?	
<input type="checkbox"/> CIES	<i>Qual? A partir de quando?</i>
<input type="checkbox"/> CGR	<i>Qual? A partir de quando?</i>
<input type="checkbox"/> CDQ	<i>Qual? A partir de quando?</i>
<input type="checkbox"/> NEP	<i>Qual? A partir de quando?</i>
<input type="checkbox"/> DRS	<i>Qual? A partir de quando?</i>
C) Qual a função da instância que você participa/representa na implementação desta Política? Quais são os participantes desta instância?	
D) Como tem sido a participação desta instância na PNEP em sua localidade de abrangência?	
<i>Facilidades</i>	
<i>Desafios</i>	
E) De acordo com a Portaria Nº 1.996/GM/MS de 2007 que instituiu as novas diretrizes da PNEP é previsto que sejam elaborados Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Você tem informações sobre esses Planos? Em sua localidade estão sendo elaborados? Com qual frequência? Por quais atores?	
F) Quais conquistas você identifica como decorrentes da implementação da Política a partir da nova Portaria para localidade de abrangência a que pertence a instância que você representa?	
G) Como você compreende a Educação Permanente em Saúde?	
H) No seu entender de que maneira as novas diretrizes da PNEP instituídas a partir de 2007 contribuem para a educação permanente do profissional da saúde? Qual tem sido o papel do CGR?	
I) Como se dá a participação do setor público e do setor privado de saúde e de educação na PNEP? Há diferenças? Explique.	
M) Em 2011 foram definidas novas diretrizes para a regionalização da saúde através do Decreto 7.508 que dispõe sobre a organização do SUS. Sua localidade já está sendo impactada por esse novo arranjo proposto? De que maneira? Em sua opinião como influenciará a Educação Permanente em Saúde?	
Outras considerações:	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA¹

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que se configurará em uma Tese de Doutorado que está sendo desenvolvida junto ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Projeto de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde: construção de uma política.

O objetivo geral desta pesquisa é compreender de que maneira as novas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) estabelecidas pela Portaria N° 1.996/GM/MS de 2007 contribuem para a educação permanente do profissional da saúde.

Objetivos específicos:

- a) Analisar a constituição e o funcionamento no estado de São Paulo das instâncias previstas na Portaria para condução desta Política;
- b) Identificar a compreensão que os sujeitos-chave do processo de implementação da Política têm sobre a Educação Permanente em Saúde;
- c) Verificar a participação do setor público e do setor privado da área da saúde e da educação na PNEP na localidade em estudo.

Procedimentos de pesquisa: Entrevistas semi-estruturadas com atores que participam da implementação da Política e consulta a fontes documentais. Também serão encaminhados questionários autoaplicáveis.

Pesquisadora: Márcia Schott

Pesquisadora Responsável: Prof^ª Dra. Maria Helena Salgado Bagnato

Qualquer dúvida sobre assuntos relacionados à pesquisa, os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecê-las.

Contato: mbagnato@unicamp.br ou (19) 35215623 / marciaschott@hotmail.com ou (19) 33254529

Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP
Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Diante da anuência do entrevistado, assumimos a responsabilidade pelo caráter confidencial das informações obtidas nesta entrevista, preservando sua identidade nas considerações da pesquisa e em qualquer publicação dela resultante. Temos o compromisso de esclarecer qualquer dúvida a respeito das finalidades deste trabalho e do uso das informações obtidas.

Prof^a Dra. Maria Helena Salgado Bagnato

Márcia Schott

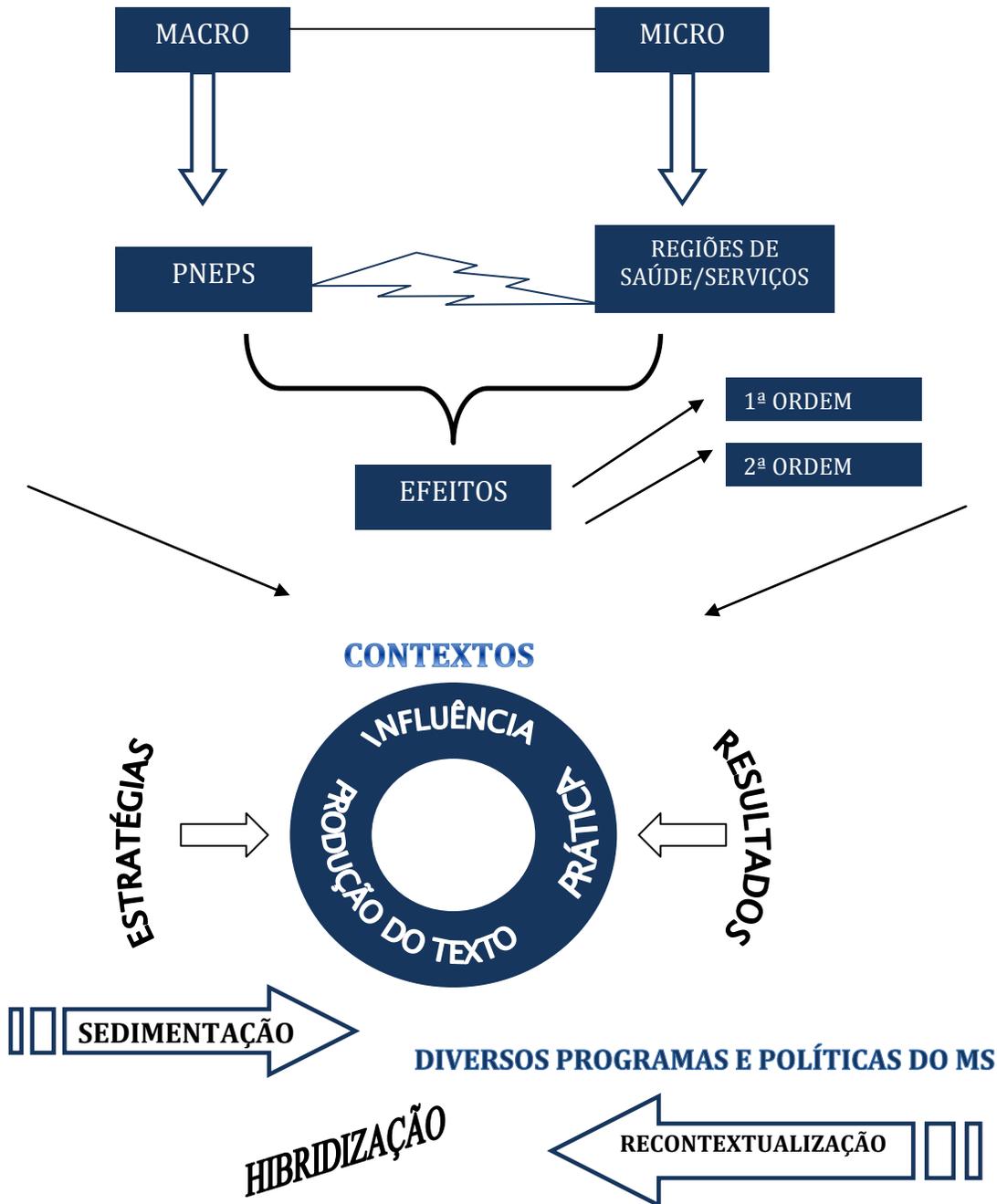
Permito a gravação da minha entrevista para uso exclusivo desse estudo e autorizo o uso das informações obtidas para fins de pesquisa.

Local e data

Entrevistado (a)

¹Conforme Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas / Unicamp segundo Parecer 44144 de 13 de Junho de 2012.

Esquema propositivo do marco conceitual de Stephen J. Ball para análise da PNEPS.



Fonte: Elaboração própria.