

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

LINAMAR TEIXEIRA DE AMORIM

FORMAÇÃO EM SAÚDE EM GOIÁS

GOIÂNIA
2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

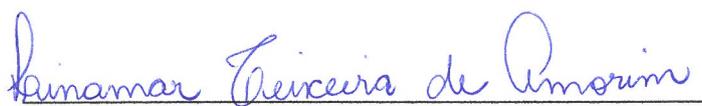
Nome completo do autor: LINAMAR TEIXEIRA DE AMORIM

Título do trabalho: FORMAÇÃO EM SAÚDE EM GOIÁS

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 25 /10 /2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

LINAMAR TEIXEIRA DE AMORIM

FORMAÇÃO EM SAÚDE EM GOIÁS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de doutor em Sociologia, sob a orientação da Professora Dr^a. Marta Rovey de Souza.

GOIÂNIA
2014

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

A524f Amorim, Linamar Teixeira de.
Formação em Saúde em Goiás [manuscrito] / Linamar
Teixeira de Amorim. - 2014.
130 f. : figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Roverly de Souza.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Ciências Sociais, 2014.

Bibliografia.

1. Saúde pública – Goiás 2. Sistema Único de Saúde –
Goiás 3. Educação permanente em saúde 4. Saúde pública
– Formação profissional I. Título.

CDU: 614(817.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ATA DA SESSÃO DE JULGAMENTO DA TESE DE DOUTORADO DE

LINAMAR TEIXEIRA DE AMORIM

Aos vinte e nove dias de agosto de 2014, às 09:00 horas, No mini-auditório da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a sessão de julgamento da tese de doutorado da doutoranda **LINAMAR TEIXEIRA DE AMORIM**, intitulada *Formação em Saúde em Goiás*. A Banca Examinadora foi composta, conforme Portaria n.º 018/2014-FCS, de 09 de julho de 2014, pelos seguintes Professores Doutores: Eliane Gonçalves (Presidente/UFG), Tânia Celeste Matos Nunes (ENSP/FIOCRUZ), Denise Paiva Ferreira (UFG), Francisco Chagas E. Rabelo (UFG) e Edsaura Maria Pereira (UFG) – Suplente: Joana Aparecida Fernandes Silva (UFG). A candidata apresentou o trabalho, os examinadores a arguíram e ela respondeu as arguições. Às ___ horas, a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão secreta, pela qual foram atribuídos à doutoranda os seguintes resultados:

Aprovado(a) () Reprovado(a)

Dr.ª. Eliane Gonçalves Eliane Gonçalves

() **Aprovado(a)** () Reprovado(a)

Dr.ª. Tânia Celeste Matos Nunes Tânia Celeste Matos Nunes

Aprovado(a) () Reprovado(a)

Dr.ª. Denise Paiva Ferreira Denise Paiva Ferreira

Aprovado(a) () Reprovado(a)

Dr. Francisco Chagas E. Rabelo Francisco Chagas E. Rabelo

Aprovado(a) () Reprovado(a)

Dr.ª. Edsaura Maria Pereira Edsaura Maria Pereira

Resultado Final Aprovada com recomendações de revisão geral nos aspectos sócio metodológicos levantados pela banca.

Reaberta a sessão pública, a Presidente da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata que vai assinada por mim, Marcelo Augusto Parrillo Rizzo, Secretário do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, e pelos membros da Banca Examinadora.

Marcelo Augusto Parrillo Rizzo Marcelo Rizzo

AGRADECIMENTOS

A caminhada no doutorado chegou ao fim e os agradecimentos são tantos quanto foram os anos e dias desta jornada.

Começo agradecendo à CAPES pelos quatro anos de bolsa para a realização desta pesquisa de doutorado.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da UFG, que, contribuíram para a minha formação e construção da tese. E também à Coordenação e servidores do referido Programa, sempre prestativos no atendimento às minhas demandas.

Aos colegas de Doutorado, pela participação nas discussões teóricas em sala de aula, nos corredores, via e-mail, pelas indicações bibliográficas, informações, que enriqueceram este trabalho.

À professora Dr^a Claci Fátima Weirich Rosso e ao professor Dr. Revalino Antônio de Freitas, que tão prontamente aceitaram participar do exame de qualificação e apresentaram contribuições valiosas para o desenvolvimento final da tese.

Às professoras Dr^a Tânia Celeste Matos Nunes, Dr^a Edasura Maria Pereira, Dr^a Denise Paiva Ferreira e ao professor Dr. Francisco Chagas Evangelista Rabelo pela gentileza de compartilhar comigo suas vivências e saberes. Sinto-me muito honrada pela rica e importante constituição desta banca examinadora.

Quero fazer um agradecimento especial à professora Dr^a. Tânia Celeste Matos Nunes, muito gentil e calorosa, ela me recebeu o 10º Encontro Nacional da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva/ENSP/FIOCRUZ, realizado em maio deste ano. A acolhida foi tão generosa, que além de participar e adquirir relatórios sobre outros Encontros da Rede de Escolas, a professora Tânia me presenteou com um livro de sua autoria. Foram dias intensos, uma experiência ímpar para a minha formação, em todos os sentidos.

Aos queridos companheiros e amigos de trabalho no PMAQ: Ana Lúcia, Leila, Lorena, Luciana, Maria Clara, Thaís, Suiany, Júlio e Olegário, que tanto fizeram por mim durante esse processo.

De modo muito especial, agradeço às pessoas que participaram deste trabalho que muito o enriqueceu contando suas experiências nas entrevistas.

À minha madrinha querida, Maria Severina, minha maior incentivadora para seguir carreira acadêmica.

Ao Marcelo, meu esposo querido, pelo incentivo, companheirismo e compreensão durante esses quatro anos de doutorado.

Ao papai Geraldo Amorim da Silva, à mamãe, minha irmã Luciana Teixeira de Amorim e meu irmão Leonardo Teixeira de Amorim (*In memoriam*), pelo apoio nos momentos difíceis e por compartilharem comigo os bons momentos.

À Profa. Dra. Marta Roverly de Souza, serei sempre muito agradecida. Mas preciso dizer mais, contar um pouco da nossa história. A Marta foi minha orientadora no Mestrado, de 2007 a 2009 e agora no Doutorado, de 2010 a 2014, uma caminhada que fazemos juntas há sete anos. Na primeira reunião da turma de 2007, ainda no mestrado, sobre os prováveis orientadores, de acordo com a Linha de Pesquisa e temática do projeto. Lembro que para mim, diante da especificidade da interdisciplinaridade do tema, saúde da mulher, o coordenador disse: “Linamar, para o seu tema, a princípio, só tenho um nome: Marta Roverly. Marta, agradeço pelos quase dez anos juntas, pela confiança, apoio incondicional, ensinamentos, pelos trabalhos de pesquisa, pelos momentos ora descontraídos, ora rigorosos e difíceis, por ter percorrido a meu lado esse caminho, que parecia muitas vezes não ter fim e quase impossível, enfim, uma trajetória que juntas choramos e sorrimos. Por sua dedicação e considerações tão preciosas na elaboração deste trabalho e para a minha profissionalização, eu agradeço todos os dias por essa oportunidade. Quero compartilhar a felicidade e a profunda admiração por tê-la como orientadora, parceira, companheira, amiga, um exemplo de profissional e de pessoa!!!

Por fim, agradeço a DEUS, orientador vigilante, pela vida, pelas oportunidades, por ter me fortalecido e guiado nos momentos difíceis e por todas as bênçãos dadas. Pela rede de pessoas que me permitiu construir durante todo esse tempo e que tornou real esse momento de agora. Portanto, este “verão” foi feito com incontáveis “andorinhas”, com base na solidariedade e na troca de experiências, obrigada por esta experiência inesquecível!!!

Jorge Amado, espírito também guerreiro encarnado nos mistérios da literatura, bom de luta como seu xará, a zelar pela justiça social e pela cultura de seu povo. Todavia, sua arma é a palavra, não menos afiada, não menos certa, não menos fulminante.

(Maria Severina Batista Guimarães)

Um galo sozinho não tece a manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de outro galo que apanhe o grito que um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzam os fios de sol de seus gritos de galo para que a manhã, desde uma tela tênue, se vá tecendo, entre todos os galos.

(João Cabral de Melo Neto)

RESUMO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído a partir do contexto de redemocratização da sociedade e do movimento de reforma sanitária, ficou responsável por ordenar a formação profissional na área da saúde. A educação permanente em saúde (EPS) refere-se à: formação, atenção, gestão e formulação de políticas em saúde, visando transformar as práticas dos profissionais e aproximá-los do SUS com base nos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde. Objetivou-se conhecer e analisar a formação em saúde em Goiás, no nível da pós-graduação *lato senso*, a partir da implementação da PNEPS no Brasil, deste estudo participaram três instituições de ensino superior e a Escola de Saúde Pública. Para tanto foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica e documental, no período de 2004 a 2013, sobre o assunto. Também foram coletadas informações de fonte primária por meio de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a informantes-chave que estavam ou estiveram envolvidos com a gestão em saúde e com as respectivas instituições de ensino. Os resultados apontaram que as ações desenvolvidas pela política são ainda incipientes, mas que acenam com possibilidades de mudança, portanto, as instituições ainda estão em processo de implementação dessas ações, buscando consolidar uma formação fundamentada nas propostas da EPS e, desse modo, transformar o processo formativo e conseqüentemente o atendimento à saúde. Conclui-se, que a educação permanente em saúde é por essência, bastante vigorosa, e que ao se entrelaçar com os princípios fundantes do SUS, pode se tornar mais um importante instrumento para a conquista efetiva da democracia brasileira.

Palavras-chave: saúde pública, formação, política, democracia, participação.

ABSTRACT

In Brazil, the Unified Public Health System (hereby SUS), established from the context of the redemocratization of society and sanitation reform movement, was responsible for ordering the vocational training in health sphere. The continuing health education (hereby EPS) refers to: training, care, management and formulation of health policies, aimed at transforming professionals' practices and bring them to SUS based on the problems faced in everyday life of health services. The objective was to understand and analyze the health training in Goiás, at the level of *lato sensu* post-graduation, from the implementation of PNEPS in Brazil, this study involved three institutions of higher education and a school of public health. Therefore, an extensive bibliographic and documentary research was conducted in the period 2004-2013 on the subject. Information gathered from primary sources was also collected through semi-structured interviews, applied to key informants who were or had been involved with health management and educational institutions. Results showed that the actions developed by the policy are still incipient, but waving to possibilities of change, so, institutions are still in the process of implementing these actions, seeking to consolidate a formation based on the EPS suggestions, and thereby, transform training process and consequently health care. In conclusion, the continuing health education is in essence, very vigorous, and to intertwine with SUS main principles, can become an important tool for effective achievement of Brazilian democracy.

Keywords: public health, formation, politics, democracy, participation.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO 1 – FORMAÇÃO E TRABALHO PARA O SUS	35
1.1 AS POLÍTICAS E AÇÕES DE FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS	35
1.2 A SGTES E OS PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE	42
1.3 EIXOS QUE NORTEARAM OS MODELOS DE ENSINO EM SAÚDE E O PAPEL DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA	45
CAPÍTULO 2 – DISCUSSÃO TEÓRICA	51
2.1 A EDUCAÇÃO E O TRABALHO EM TEMPOS DE MODERNIDADE	51
2.2 COMPREENDENDO OS CONCEITOS DE QUALIFICAÇÃO, COMPETÊNCIA E RESOLUTIVIDADE NA SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO E A EDUCAÇÃO	60
2.3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DE ALGUNS CONCEITOS: SISTEMAS PERITOS, REFLEXIVIDADE, SOCIOLOGIA DAS AUSÊNCIAS E SOCIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS	68
2.4 ESTREITANDO A RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE: A EPS COMO POSSIBILIDADE DE CONSTRUIR NOVAS REALIDADES PARA A SAÚDE E A DEMOCRACIA	75
CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO	85
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	90
4.1 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)	92
4.2 PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC/GO)	96
4.3 CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS (UNIEVANGÉLICA)	99
4.4 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS CÂNDIDO SANTIAGO (ESAP)	102
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	104
CONSIDERAÇÕES	115
REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	133
ANEXO A – Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007	134
ANEXO B – Ações e programas desenvolvidos pela SGTES	152
ANEXO C – Relação das escolas da Rede de Escolas no Brasil	155
ANEXO D – Roteiro de entrevista	159
ANEXO E – Comitê de ética	160

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Apresentação das entrevistas	88
QUADRO 2 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na área das ciências da saúde – FEN	93
QUADRO 3 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na FO	94
QUADRO 4 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> no IPTSP	95
QUADRO 5 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na área de Medicina	97
QUADRO 6 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na área de Enfermagem	98
QUADRO 7 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na área de Odontologia	101
QUADRO 8 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na área de Saúde	101
QUADRO 9 –	Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> na ESAP.....	102
QUADRO 10 –	Cursos na área da saúde oferecidos pelas instituições pesquisadas .	110

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEE	Associação Educativa Evangélica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção primária em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEFOP	Centro de Formação de Recursos Humanos para a área da Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONAM	Confederação Nacional das Associações de Moradores;
CONASENS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPGLS	Coordenação de Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>
DEGES	Departamento de Gestão e Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESAP	Escola de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FEN	Faculdade de Enfermagem
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FO	Faculdade de Odontologia
FRHS	Formação de Recursos Humanos em Saúde
FUNAPE	Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IMS/Uerj	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTSP	Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde

NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
NOBRH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PEP	Polo de Educação Permanente em Saúde
PESES	Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde
PEPPE	Programa de Estudos e Projetos Populacionais e Epidemiológicos
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PRPPG	Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SETEC	Secretaria de Educação Profissional
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEG	Universidade Estadual de Goiás
UFG	Universidade Federal de Goiás
UMA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UniEVANGÉLICA	Centro Universitário de Anápolis
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

O Brasil, nos anos 60 do século passado, iniciou a experiência do governo militar que se estendeu até meados da década de 1980. Durante esse período a repressão foi muito intensa, o que por sua vez desencadeou movimentos diversos, que lutavam pela redemocratização da sociedade brasileira e resgate da cidadania. Isso implicava garantir direitos sociais como: saúde, educação, habitação, alimentação, trabalho, participação popular nos processos políticos, dentre outros.

Já nas duas últimas décadas do século XX, consolida-se um novo conceito de vigilância à saúde que expande o conceito de vigilância tradicional, ao concordar com os preceitos constitucionais de que a saúde não pode ser resumida à mera ausência de doença, mas que deve sim ser entendida como uma decorrência de fatores ambientais, econômicos, de organização e efetividade dos serviços de saúde e do trabalho (CARVALHO & WERNECK, 1998, p. 22-23).

A história da saúde pública no Brasil mostra que as iniciativas na área foram muito incipientes até o fim do regime militar. A luta contra a ditadura evidenciava a necessidade de pensar em quais condições a democracia se constituiria na sociedade brasileira, uma vez que era necessário reduzir as desigualdades sociais e incluir os atores sociais na democratização do processo político, do qual estavam excluídos.

Na saúde, o resultado dessa luta foi a criação de um sistema de saúde universal e de qualidade. Quanto à democratização do processo político, espaços de participação política da população em todos os níveis de gestão foram criados e amparados de forma legal pela Lei 8.142 de 1990, na qual, os usuários teriam maior poder de decisão, já que ocupariam 50% da participação dentro dos conselhos (BRASIL, 1990; CAVALCANTI, 2010).

Nessa perspectiva de luta e de organização social é que se intensificam as preocupações com a formação de trabalhadores da área da saúde, em parte, devido às novas demandas quantitativas e qualitativas que emergiam. Logo após o fim do regime militar, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, determinando uma nova estrutura para a saúde brasileira e, por conseguinte, para a formação dos trabalhadores, passando a ocupar um espaço de maior destaque nas políticas sanitárias brasileiras.

O movimento de reforma sanitária nos anos 1970 representou a articulação dos mais diversos sujeitos que entoavam a luta pela democracia, sendo a saúde um de seus pilares.

Disto resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1980 e seu reconhecimento legal na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 estabelece a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos e com os seguintes princípios doutrinários: a universalidade, a igualdade e a integralidade da atenção à saúde. Nesse sentido, há uma proposta evidente não só de romper, mas de superar o viés excludente, no qual estava inserida a maioria da população. Desde então, evidenciou-se a necessidade de um novo modelo de atendimento à saúde, bem como de formação dos profissionais (BRASIL, 1988).

Após o movimento da Reforma Sanitária e o processo de redemocratização brasileiro, observa-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu-se, para além de um modelo de atenção à saúde, num novo mercado de trabalho para os profissionais de saúde. Diante disso, estabelece-se uma importante relação entre os serviços prestados em saúde segundo as propostas do SUS, as condições de trabalho em saúde e a formação profissional. A constituição do sistema de saúde avançou nos anos 1980, apesar de ser o mesmo contexto de expansão das políticas neoliberais, que secundarizaram a importância das políticas sociais. Porém, hoje, mais de vinte anos desse período, algumas reflexões são necessárias quanto ao fato das instituições criadas naquele período já não responderem de forma satisfatória aos anseios atuais de uma sociedade democrática.

A partir desse período, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ocupar lugar de destaque nas discussões da área. Tal como foi discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, tanto a Constituição Federal quanto a Lei 8080 de 1990, em seus respectivos artigos 200 e 27, determinam, dentre as competências do SUS, a organização de um sistema para a formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em meio às discussões sobre a restauração da democracia e a constituição do novo modelo de atenção à saúde de reconhecimento constitucional, o SUS, a formação em saúde vai se constituindo em questão fundamental para a qualidade da atenção em saúde e em estratégia de qualificação da gestão dos serviços e sistemas de saúde. O reconhecimento da relevância que a educação tem para o trabalho em saúde tem orientado a realização de planos e programas nos sistemas de saúde das Américas e do Brasil (NUNES, 2004).

As políticas econômicas de cunho neoliberal, adotadas a partir da década de 1990 em toda América Latina, repercutiu na saúde sob o viés da diminuição de recursos financeiros e no endividamento das instituições, tornando urgente a adoção de ações políticas capazes de reorganizar os serviços. Esse cenário de crise e de enfrentamento dos problemas foi propício à

incorporação de ideias de Educação Permanente em Saúde (EPS) que já vinham sendo difundidas pela OPAS na contramão das políticas de ajuste neoliberal que se implantaram em toda a região (HADDAD *et al.*, 1994). Concomitantemente, no Brasil, a situação de saúde era de um lado, a institucionalização do SUS por meio da Lei 8080/1990 e, por outro lado, os avanços das políticas neoliberais orientadas pela Reforma do Estado com sérias repercussões na organização e funcionamento do serviço público, inclusive com medidas de caráter privatizante, o que enfatiza a contradição presente na criação do SUS e das ações voltadas ao processo educativo em saúde (COSTA, 2006). Por mais que o debate sobre o tema estivesse presente em alguns espaços do sistema de saúde, até 2004, a Educação Permanente em Saúde (EPS), ano da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), se constituía apenas em projetos isolados nos programas de governo em andamento no interior do SUS.

O capítulo 1 resgata a trajetória da formação em saúde, a partir da Reforma Sanitária, da redemocratização da sociedade brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja proposta essencial é a de proporcionar atenção integral à saúde. Visando formar profissionais aptos a trabalharem de acordo com o SUS e, portanto, superar a formação com base hospitalocêntrica e fragmentada, por sua vez regida pelo modelo político e econômico adotado. Nesse sentido, a alternativa proposta é EPS, pois envolve a integração entre educação e trabalho em saúde, considerando conhecimentos e experiências pessoais e integrando instituições de ensino, gestão e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Também apresenta a criação da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), em 2003, a fim de articular a relação entre trabalho e educação de forma efetiva, que passou a ter a responsabilidade de formular políticas capazes de articular e orientar a gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde. Com o intuito de viabilizar essa proposta, em 2004 foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004a).

Com a instituição de uma política nacional, a EPS poderá ocupar espaços para além do ensino e do serviço, com o envolvimento dos setores de gestão, ensino, atenção e controle social. E, dessa forma, buscar enfrentar os problemas que provavelmente ainda persistam no SUS: precarização da estrutura física, bem como dos serviços e das relações de trabalho, dificuldade de implantação dos programas de saúde preventivos, alta prevalência de doenças, conselhos de saúde pouco ativos, dentre outros. Isto é, problemas que comprometem a cidadania e a consolidação de um sistema de saúde mais democrático.

A fim de viabilizar a operacionalização da PNEPS, a SGTES criou, em 2004, os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), podendo estes ser considerados espaços democráticos e decisórios para desenvolver a problematização necessária à mudança da educação e gestão do SUS (BRASIL, 2004a). Os PEPS foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros.

O capítulo 2 descreve a teoria que fundamenta este estudo e as categorias pressupostas para análise e utilizadas no decorrer dela, tais como: sistemas peritos, reflexividade, sociologia das ausências; sociologia das emergências, qualificação, competência; educação continuada e educação permanente em saúde. Esses conceitos contribuíram para refletir sobre o modo como a formação em saúde relaciona-se com o trabalho. Mas, considerando a preocupação em formar profissionais que consigam fortalecer a assistência em saúde por meio de uma atenção integral, humanizada, universal, de qualidade e com participação social, enfim, oferecendo serviços à população que contemplem as diretrizes do SUS, porém num cenário sob a perspectiva política neoliberal. Sendo assim, a dimensão do trabalho em saúde é um desdobramento da formação para este estudo, pois também na década de 70 observam-se mudanças relativas ao mundo do trabalho de forma geral, caracterizadas pela combinação da reestruturação produtiva, com as políticas neoliberais e, por conseguinte, os impactos econômicos, políticos e sociais daí decorrentes. Com isso, há alterações substanciais quanto à demanda da mão-de-obra, aos padrões de qualificação, às exigências para formação profissional e aos serviços prestados em saúde.

Nesse sentido é que a discussão sobre a formação em saúde enquanto processo de aprendizagem mediado pela reflexão crítica sobre o trabalho se constitui em análise fundamental neste trabalho, defendendo a educação permanente enquanto estratégia de formação para os profissionais da saúde com possibilidade real de superação de práticas centradas no modelo biomédico e, portanto, condizente com a proposta do SUS de prevenção e promoção da saúde.

O capítulo 3 apresenta a forma como este trabalho foi construída e que teve como objeto de estudo a formação em saúde no Estado de Goiás, com ênfase no período subsequente à implementação da Política Nacional de Educação Permanente, em 2004, por entender este como sendo o marco de maior visibilidade das discussões sobre a formação em saúde no Brasil. Esse objeto está circunscrito no contexto de redemocratização e de expansão das políticas neoliberais, que influenciaram as bases dos processos de educação e trabalho em saúde. Pretende-se responder às seguintes questões: Como o processo de formação em saúde *lato sensu* tem acontecido em Goiás, após a implementação da PNEPS? A formação em saúde

é transformadora dos serviços de saúde? Ou antes, se restringe a atender necessidades de mercado, não menos importantes, que exigem um profissional cada vez mais qualificado?

A metodologia fundamentalmente refere-se a uma vasta pesquisa exploratória de bibliográfica e de base documental, no período de 2004 a 2013. Foi realizada também uma coleta de informações de fonte primária, de abordagem qualitativa, cuja técnica de pesquisa foram as entrevistas semi-estruturadas aplicadas a sujeitos-chave envolvidos com a gestão de serviços de saúde e com instituições de ensino que oferecem cursos de pós-graduação de formação em saúde. Para o levantamento e análise desses cursos foram escolhidos os seguintes centros de ensino: Universidade Federal de Goiás (UFG); Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Go); Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA) e Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago (ESAP).

O capítulo 4 apresenta o levantamento documental realizado sobre os cursos de especialização oferecidos pelas instituições pesquisadas. Percebe-se que as informações revelam dificuldades encontradas no campo durante a coleta e também que alguns cursos aconteceram mais de uma vez.

No capítulo 5 analisa-se os documentos e as entrevistas à luz dos conceitos teóricos adotados. Percebe-se que as informações coletadas nas entrevistas e a teoria se entrecruzam, bem como as questões relacionadas à formação profissional em saúde podem ter possíveis implicações para os serviços prestados na área, a partir da conjuntura histórica, política e econômica definida nos anos 1990. Isso significa que a temática se caracteriza pela combinação da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais, pois tais inovações no mundo moderno alteram as formas de gestão da força de trabalho, bem como a demanda da mão-de-obra, os padrões de qualificação e as exigências para formação profissional. Dessa forma, circunscrever a formação profissional em saúde neste cenário marcado por profundas mudanças de toda ordem, convoca à construção de estratégias de enfrentamento da questão.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos o corpo/saúde adquiriu sentidos diferentes, de acordo com as necessidades de cada época e dos grupos sociais. A partir do século XVIII, o corpo tornou-se, destituído do seu caráter transcendental de outrora, objeto de investigação de base científica, o que delimitou as dores, o sofrimento e os males ao campo hoje denominado de saúde. Os próprios profissionais do campo da saúde tornaram-se agentes do poder político, aptos a definir o que seja saúde. A medicalização da vida em sociedade, somada à tecnologização da saúde, passaram a orientar a formação profissional e a organização dos sistemas de assistência. Essa racionalização tanto do conhecimento quanto das práticas de saúde propiciou a hegemonia do modelo biomédico (PINHEIRO, 2007).

Esse processo é classificado por Foucault (2004) em três distintas etapas que ele denomina de medicina social: a) a medicina de Estado (Alemanha): normatização da formação médica e criação de um aparato médico estatal de administração da saúde da população; b) a medicina urbana (França): ações de higiene pública; c) uma medicina da força de trabalho (Inglaterra): assistência médica e controle das classes pobres com vistas à proteção dos interesses das classes ricas. O hospital, ainda por volta do século XVIII, tornou-se o lugar por excelência na produção de saber e do ensino da medicina com base na clínica, pois ali estavam os doentes, os médicos com função docente e os estudantes em busca da formação médica (FOUCAULT, 2008; 2006).

Porém, no fim do século XVIII e início do século XIX, com a prática sistemática da autópsia, a doença passa ser percebida como resultado de lesões orgânicas e não como mero conjunto de sintomas. Em meados do século XIX, a descoberta dos microorganismos e do bacilo da tuberculose por Pasteur e Koch permitiu estabelecer as causas das doenças que fundamentaram a tese do contágio. Com isso, os germes identificados passam a ser isolados e amplia-se a compreensão sobre os mecanismos de defesa, tais descobertas bacteriológicas foram importantes para a prevenção e para o tratamento. Com as vacinas e o desenvolvimento da assepsia, a medicina galgou uma nova etapa em termos de conhecimento. A preocupação do Estado com a doença e a saúde, em função dos problemas decorrentes das epidemias e as medidas visando contê-las terminaram por lançar as bases de uma política de saúde pública orientada pelo higienismo no final do século XIX (FOUCAULT, 2008; PHILIPPE; HERZLICH, 2001).

Os serviços de saúde emergiram no Brasil, ainda no século XIX, sendo que as questões de saúde eram responsabilidade do indivíduo, que deveria ter um “bom comportamento” para, dessa forma, garantir a sua saúde. Já às políticas públicas de saúde cabia controlar as epidemias e o padrão de higiene das classes populares. As três primeiras décadas do século XX representam um período de hegemonia das políticas de saúde pública, pois a atenção em saúde estava orientada para o controle de endemias e para as medidas de imunização. Este período ficou conhecido pela sua ideologia campanhista¹, cujo modelo de atenção à saúde concentrava fortemente as decisões e, também, adotava um modelo repressivo de intervenção, favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista e tecnoburocrática, fatores que dificultavam a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde. A população resistiu às campanhas sanitárias do período, uma vez que não tinham suas necessidades sociais, econômicas e de saúde contempladas, mas o modelo se manteve até a década de 20. Dessa forma, o Estado brasileiro limitou-se a responder às exigências da racionalidade sanitária postuladas pela classe dominante e nesse contexto foi-se desenhando a organização da saúde pública no Brasil (PONTE, 2010).

O caráter regulador da atuação do Estado, no início do século XX, no campo da saúde, apresenta duas ações: o decreto em 1915, de uma lei regulamentando a formação profissional em saúde; e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Sendo assim, observa-se que a saúde no Brasil ganha destaque durante o período da Primeira República (1889-1930), a partir das preocupações sanitárias que revelaram as más condições de saúde da população rural. Tal descoberta permitiu, do ponto de vista sociológico, uma nova percepção sobre o atraso da sociedade brasileira como nação, naquele momento justificado pelo determinismo racial. Dentre as características das três primeiras décadas do século XX, tem-se a tentativa de criar um projeto de nação fundamentado na cidadania. Esse mesmo período também é marcado pelas ações incisivas de sanitaristas e intelectuais, que fizeram expedições pelo interior do Brasil (PONTE, 2010).

Segundo os estudos de Braga e Paula (1986), a emergência de uma política nacional de saúde ocorreu em 1930, porém de caráter restrito, devido ao limite de sua cobertura populacional, bem como os aspectos técnicos e financeiros de sua estrutura organizacional. Já no período seguinte, houve uma rápida expansão da medicina previdenciária, permitindo o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, voltadas predominantemente ao

¹ Contextualizada pelas repercussões sociais das políticas de defesa do setor exportador cafeeiro e pela repressão financeira do Estado com o objetivo de controlar as contas públicas.

atendimento do pronto-socorro e da população marginal ao sistema previdenciário. Ainda nesse período, a consciência da população sobre a precariedade das condições de vida desencadeou um movimento social que reivindicavam reformas, dentre elas, uma reforma sanitária consistente, porém esse movimento foi conduzido pelas elites progressistas. Nesse momento, floresce um debate fervoroso acerca do papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde (1963), que propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Contudo, o golpe militar de 1964 interrompeu o debate que vinha acontecendo (COSTA, 1986).

Com o desenvolvimento industrial e a urbanização desorganizada, especialmente nas décadas de meados do século XX, as condições de existência da população sofreram mudanças profundas, com reflexos notáveis nos quadros nosológicos, que se tornaram extremamente complexos. O Estado tornou-se, então, o principal agente responsável pela solução dos problemas de saúde, passando a financiar, direta e indiretamente as instituições médico-sanitárias, tanto as propriamente públicas, como as de estatuto privado sem fins lucrativos. Dessa forma, surge a contradição básica da saúde em sociedades capitalistas: a saúde é pública até o limite que for necessário para garantir a reprodução da força de trabalho sem custos que onerem a esfera da produção, ficando com o Estado o encargo da política específica da área.

O regime militar instituído após o golpe de 1964 rompeu com a perspectiva de descentralização e a centralização tornou-se obrigatória, além de uma reorientação na administração estatal, inclusive no setor da saúde, que afetou profundamente os modelos de saúde pública e medicina previdenciária do período anterior. As mudanças baseavam-se na generalização do modelo de cuidados individuais como padrão de saúde e no aumento do número de hospitais, laboratórios e serviços privados. A saúde passou, então, a ser considerada um bem de consumo (COSTA, 1986). Durante o período do regime militar a centralização e a concentração do poder institucional permitiram o alinhamento do campanhismo e do curativismo como estratégia de medicalização de uma forma jamais vista no país. Mas, por outro lado, em decorrência desta política de saúde, uma insatisfação popular reapareceu de forma mais imperativa (LUZ, 1991).

A década de 1960 marca o final do modelo sanitário desenvolvimentista, pois a ideia de saúde já aparecia não como causa do desenvolvimento econômico social, mas como consequência dele. No período ditatorial, houve o estabelecimento do modelo médico assistencial privatista com esvaziamento progressivo das ações do sanitário desenvolvimentista. O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu a partir da

década de 1950 trouxe novas demandas ao setor saúde, diminuindo a importância do saneamento dos espaços de circulação de mercadorias, sobrepondo o foco na manutenção da capacidade produtiva da recém-criada massa operária. A coalização internacional modernizadora, a centralização de recursos no governo federal, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte a políticas setoriais constituíram o cenário para o novo modelo de saúde (LEMOS, 2010).

Nesse período, segundo Mendes (1994), demarca-se o denominado “complexo médico-industrial”, reconhecido como de maior integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde para prestação de serviços. Do ponto de vista político, incrementam-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da previdência social. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é criado como o órgão de conformação do modelo médico assistencial, com extensão e cobertura previdenciária (urbana e rural), com prevalência da prática médica hospitalocêntrica, curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública. A prática médica passa a ser orientada para a lucratividade.

Com a pressão social, em meados da década de 1970, começou a haver algum tipo de abertura política, permitindo a reorganização dos movimentos sociais que entoavam as lutas pela redemocratização do país. Esses movimentos denunciavam a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e reivindicavam melhorias. Também existiram os movimentos de internos e residentes descontentes que denunciavam as más qualidades dos serviços médicos prestados à população. O crescimento dos movimentos de contestação em saúde fez com que, na década de 1980 do século XX, sindicatos e partidos políticos também iniciassem discussões relacionadas à saúde (LEMOS, 2010).

A produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores, nesse mesmo período, faziam críticas ao modelo vigente, denunciavam as péssimas condições de vida da população e propunham a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Surgiu, assim, o Movimento Sanitário, no contexto de transição para a democracia que, utilizando-se destes estudos e pesquisas, caracterizava-se como um processo político de conquistas sociais em busca da saúde da população e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde.

A saúde pública, mesmo atendendo aos interesses políticos dos Estados em consolidação, desde sua origem, atua com forte caráter de intervenção governamental, alicerçado no conceito sanitário. Essa perspectiva de saúde vai imbricar as teorias, conceitos e modelos quanto ao modo que serão empregados nas mais diversas ações propostas para o

setor. Não obstante, a lógica de uma sociedade competitiva e baseada na produção se faz presente nos diversos campos da vida em sociedade, implicando também o conhecimento e as práticas em saúde. E é no período de consolidação da sociedade capitalista que a saúde foi vinculada à capacidade de trabalho (BOLTANSKI, 1989). Esse entendimento acaba refletindo na prática dos profissionais e até mesmo na organização do sistema de saúde.

Nos anos 1970 e 1980 houve uma efervescência dos movimentos sociais e corporativos na luta pela redemocratização do país. Concomitante a esse contexto, o país experimentou uma intensa crise econômica, que agravava ainda mais a precária estrutura de proteção social e isto propiciou a organização e a mobilização da sociedade, no sentido de pressionar o governo à adoção de políticas sociais mais abrangentes. A partir dos anos 1970 do século XX, o Estado estimulou as parcerias do setor público com o setor privado de saúde, bem como facilitou a ampliação deste último, no sentido de melhorar a infraestrutura de atendimento, principalmente entre os segmentos sociais mais abastados (COUTINHO, 1992).

Como todas as questões sociais, políticas e econômicas passavam por questionamentos, a saúde também experimentava uma profunda crise, na qual sua eficácia e qualidade eram questionadas, os abusos referentes aos altos custos, a corrupção e a má atenção médica eram evidentes; com isso, aumentava a pressão por um novo sistema. A luta na área da saúde atingia o âmbito populacional, a produção dos serviços e a academia, consolidando a proposta do que ficou denominado de “Movimento Sanitário”. Ao ampliar o conceito de saúde, os idealizadores da Reforma Sanitária buscavam compreendê-lo como decorrente das condições de vida e trabalho dos sujeitos sociais. As discussões trouxeram à tona a crítica sobre a concepção reducionista da saúde centrada no biologicismo/individualismo e revelou possibilidades de se estabelecer relações entre a estrutura social e a produção dos serviços de saúde (FLEURY, 1995; PAIM, 1992; 1997).

Durante todo o século XX, a saúde, no Brasil, sofreu intervenções constantes do Estado, no sentido de: controlar endemias e epidemias; preservar a força de trabalho; atender às necessidades das camadas abastadas e, gradativamente, veio ampliando a assistência aos mais diversos segmentos sociais. A crise gerada após o “milagre econômico” reafirmou a necessidade de políticas sociais. Esse período favoreceu a formulação de programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que visava a ampliação da cobertura assistencial. Já o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS), de 1975, preocupa-se com a preparação dos recursos humanos em saúde, advinda da década de 1960 (MENDES, 1994).

Para Nunes (1998), na década de 1970, a implantação do PIASS favoreceu o surgimento de ideias voltadas à expansão do sistema de saúde, por meio da problematização do modelo estabelecido, a sua associação com o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), por sua vez, favoreceu a discussão de importantes fatores da relação ensino-serviço. Com tais programas, as políticas de recursos humanos assumiam um papel de destaque junto ao Ministério da Saúde, pois tinha por objetivo reformular as práticas de gestão e de capacitação de recursos humanos.

O PPREPS e o PIASS juntos propiciaram a problematização do Projeto de Sistema de Saúde e permitiu buscar outras possibilidades, que já eram pensadas pelas Universidades e até pelos serviços de saúde. Com a perspectiva adotada pelos referidos programas, a integração ensino-serviço permitiu ampliar as experiências a serem desenvolvidas, bem como a sua inserção nos Departamentos de Medicina Preventiva, através da ideia de Medicina Comunitária. Essas estratégias apresentaram resultados no campo da capacitação de pessoal auxiliar e na gestão de recursos humanos e, por meio do PPREPS, foi possível desenvolver nas Secretarias de Estado, o entendimento das noções de planejamento de recursos humanos, ampliando assim as possibilidades de relação desses espaços burocráticos com as políticas de formação de sanitaristas, implementadas até então de forma centralizada, pela Escola de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NUNES, 1998).

Contudo, ao longo das últimas décadas, diante da escassez crônica de recursos para a saúde, parece que o Estado não tem conseguido, da perspectiva política, cuidar da saúde pública em uma sociedade complexa e extremamente desigual. O SUS, em mais de duas décadas de existência, tem acumulado uma trajetória de avanços e retrocessos. O preceito constitucional, “a saúde como um direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988) não se tem traduzido em possibilidade real para os brasileiros, porém, o princípio da universalidade tem norteado as políticas de saúde. Todavia, estabelece-se o fenômeno da universalização excludente, como se observa a seguir:

Desde o início de sua criação, [...], o SUS tem incorporado os segmentos mais carentes e o subsistema privado atraído segmentos das camadas médias e do operariado mais qualificado. Isso se ‘naturalizou na sociedade,[...]. Nestes 20 anos o estado brasileiro estimulou e reforçou essa concepção em decorrência da restrição imposta ao financiamento público da saúde e pelo subsídio ao subsistema privado. (SILVA, 2009, p. 41)

A despeito das possíveis críticas e dos problemas que podem ser apontados desde a implantação do SUS, entretanto, houve avanços que não podem deixar de ser reconhecidos, tais como: as tentativas de superar o paradigma do modelo biomédico, priorizando o ideário da prevenção e humanização dos serviços e que não por acaso vêm adentrando os currículos; o aumento da atenção básica à saúde e as tentativas de medidas administrativas descentralizadoras em busca da integralidade do atendimento, como o atual Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), dentre outros.

A intenção não é dar conta de toda a complexidade das políticas de saúde durante o século XX e nas primeiras décadas do século XXI, mas apontar possibilidades de reflexão sobre a formação de profissionais da área da saúde, a partir das diretrizes e princípios que norteiam o trabalho no SUS. O contexto pós implantação do SUS coincide com a inserção do neoliberalismo no Brasil que, por sua vez, influencia o surgimento de novas formas de organização do trabalho, bem como dos processos de formação dos trabalhadores. Nesse sentido, busca-se demonstrar que a formação desses profissionais não está desvinculada de seu tempo histórico.

Para alguns autores, já existia na Primeira República (1889-1930) um movimento sanitário em prol de melhorias da saúde dos brasileiros. Liderado por médicos higienistas, foi permeado por um intenso debate intelectual e político no qual a saúde foi reconhecida como um “problema vital brasileiro”, obstáculo fundamental na construção de autoridade estatal sobre o território e de uma ideologia de nação capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do País e racial da população brasileira. Esse movimento fora marcado pelo modelo sanitarista desenvolvimentista (LIMA; FONSECA E HOCHMAN, 2005; LEMOS, 2010).

Ao longo do século XX, algumas situações na área da saúde foram recorrentes, tais como: a divisão entre ações de saúde pública, reservadas ao Estado, e ações de atenção médica, sob a responsabilidade do setor privado, mas subsidiadas pelo financiamento público. Porém, a crise desse modelo motivou a organização e a ação de segmentos da sociedade civil em um movimento de defesa da saúde pública, que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária (COHN e ELIAS, 2003; PINHEIRO, 2007).

Segundo Paim (2008), a Reforma Sanitária é uma proposta, um projeto, um movimento e um processo, tudo ao mesmo tempo.

Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª

CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. [...]. A “unidade dialética saber-ideologia-prática” (Teixeira, 1988) é orgânica ao projeto da Reforma Sanitária e pode contribuir para a constituição de novos sujeitos sociais capazes de avançar o seu processo. (PAIM, 2008, p. 173)

A ideia do que seria a Reforma Sanitária surge primeiro com a tese “O dilema preventivista” defendida em 1975 por Arouca (2003), depois com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES/1976); e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO/1979). Percebe-se que o período dos anos setenta foi marcado tanto por crises quanto por mudanças significativas no campo da saúde pública, que permitiram o fortalecimento do movimento sanitário, com o apoio de centros acadêmicos renomados como a USP; UNICAMP, IMS/Uerj; ENSP/Fiocruz, instituições que divulgavam estudos críticos sobre as condições sociais e de saúde, e reivindicavam mudanças contundentes tanto para as questões macro do Estado brasileiro quanto para a assistência à saúde (BAPTISTA, 2007; NUNES, 2007; PAIM, 2008). Todavia, o SUS foi instalado no mesmo momento em que o Estado flexibilizou o mercado de prestação de serviços de saúde, incluindo a compra de serviços de instituições credenciadas.

Paim (2008) compreende a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade e, por isso, um processo ímpar em toda a história da saúde no País; visto que foi construído a partir da articulação social chegando a ser reconhecido em sua vertente mais crítica do movimento sanitário "como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo" (idem, p. 173).

Em linhas gerais, pode-se reconhecer que o movimento da reforma sanitária como conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental esteve marcado por dois pontos centrais: um processo de reformulação teórica, em oposição ao modelo hospitalocêntrico/curativista/mercantil, e outro de articulação política, no qual a saúde era inserida nas reivindicações do processo de abertura política (LEMOS, 2010).

Todos os acontecimentos sociais e políticos reforçam a estreita relação da saúde com o momento histórico experimentado pela sociedade brasileira. Cabe lembrar que a conjuntura política acarretou o comprometimento das liberdades democráticas no país, entretanto, diversas reações foram também desencadeadas, dentre elas um movimento político que incorporou demandas vindas da sociedade. Foi nesse contexto que os efeitos da Reforma Universitária fizeram-se sentir no âmbito da organização das universidades (NUNES, 2007).

É em meio a esse período de redefinição da cena política, que culminou com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, que em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a discussão permitiu estabelecer o projeto da Reforma Sanitária brasileira, com sua especificidade na área da saúde, como se observa a seguir:

Isto é, diz respeito num primeiro plano ao reconhecimento da dinâmica do fenômeno saúde-doença em toda a sua extensão e por meio dos indicadores de saúde, da organização das instituições que atuam no setor, da produção de medicamentos e equipamentos, e da formação dos trabalhadores de saúde. No segundo plano, além da dimensão ideológica, na qual se disputam concepções, valores e práticas, incorpora a dimensão das relações existentes entre a saúde e economia, trabalho, educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz. (PEREIRA & LIMA, 2009, p. 17)

Observa-se que a partir das discussões da VIII CNS, a Reforma Sanitária brasileira passa a ser entendida como conjunto de ações relacionadas às práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas e também determinou as bases fundantes do Sistema Único de Saúde. Também a partir dessa Conferência, houve uma ampliação na composição dos sujeitos que pertenciam ao movimento sanitário, com a participação mais direta de novos atores sociais - usuários, trabalhadores, gestores, movimentos sociais, sindicatos, etc. - como construtores do SUS, chamados a produzir os serviços, ações e políticas de saúde de maneira compartilhada (ESCOREL, 1998; GALLO, NASCIMENTO, 2006; TEIXEIRA, MEDONÇA, 2006).

Para Germano *et al.* (1996), as premissas do modelo de saúde proposto pela Reforma Sanitária condicionava as mudanças estruturais e ocupacionais no setor, tanto no que diz respeito aos processos decisórios, quanto na organização do trabalho, na garantia de melhores condições infraestruturais, por uma política de recursos humanos para o setor. Apesar das divergências de concepção e estratégias em seu interior, o movimento da Reforma Sanitária almejava a consolidação de um arcabouço legal, que garantisse a saúde como direito. Contudo, eram imprescindíveis uma formação e gestão dos trabalhadores que contemplassem princípios e diretrizes desse modelo (FLEURY, 1997).

Nessa perspectiva, Vieira *et al.* (2006) afirma que uma das conquistas do movimento da Reforma Sanitária refere-se ao fato do texto constitucional (CF/1988) estabelecer como responsabilidade do SUS a ordenação da formação profissional na área da saúde, que de certa forma, se opunha à medicina preventiva de cunho neoliberal. Logo, a formação continuada ganhou novos contornos, pois tinha fundamental importância na formação dos médicos sanitaristas e para os profissionais de nível médio. Desse modo, fica evidente a necessidade de

uma formação em que estejam presentes as dimensões: social, econômica, psicológica e biológica. As novas disciplinas incorporadas no currículo questionam a tendência de biologização do ensino, calcadas em práticas individuais, centradas no hospital (NUNES, 1999; 2003).

Seguindo essa perspectiva de ampliação do conceito de saúde, a nova compreensão começa a questionar as estruturas curriculares e a formação dos profissionais da saúde de modo a se incorporar novos parâmetros: os ditames humanísticos, éticos e comunitários e se evitar que os valores da profissão sejam subjugados apenas aos interesses do mercado. Assim, o profissional será tão mais eficaz e consistente à medida que conseguir articular o conhecimento teórico e técnico da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação profissional/usuário (KRUSE, 2001).

O reconhecimento da saúde como direito de todos pela Constituição de 1988 não eliminou as contradições de um processo de transição, posto que concomitante à reabertura política do país tem-se a implantação de um governo neoliberal. Diante dessa situação um tanto paradoxal, novos sujeitos sociais com ideologias diferentes emergem e vão conformando dois projetos político-sanitários. De um lado, o controle contra-hegemônico referindo-se a uma reforma sanitária mais perceptível e, de outro, o hegemônico, projeto neoliberal, mais sutil, proposta conservadora de reciclagem do modelo médico assistencial privatista, ou seja, "por baixo do estridente e aparentemente consensualismo significativo da reforma sanitária, construiu-se competentemente o projeto conservador de saúde" (MENDES, 1994, p. 50).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com princípios e diretrizes comuns em todo território nacional e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação em saúde, bem como a organização funcional dos serviços correspondentes. Os princípios do SUS são: universalidade, equidade e integralidade.

Para Matta (2007), a universalidade representou uma transformação para a área da saúde, pois pretendeu incluir todos os cidadãos sem qualquer tipo de distinção. Nos textos fundacionais do SUS está a igualdade², porém em função das iniquidades sociais e econômicas usa-se o termo equidade, com o propósito de tratar desigualmente o desigual, atendendo as necessidades individuais e coletivas, onde a iniquidade é maior, para dessa forma promover "igualdade". E a integralidade engloba quatro sentidos: o histórico, que visa a construção de um sistema único de saúde; o epistemológico da concepção de saúde,

²O princípio da igualdade foi substituído pela equidade.

alicerçada numa atenção à saúde integral; o de planejamento em saúde com políticas voltadas à integralidade, mas que atende necessidades de grupos específicos (saúde da mulher; DST/AIDS); o último sentido refere-se às relações entre trabalho, educação e saúde, portanto, o seu foco é a formação de trabalhadores e o processo de trabalho em saúde, que tem na integralidade o principal eixo norteador do processo educativo.

Matta (2007) aponta também três diretrizes que devem se associar aos princípios do SUS, a saber: descentralização, regionalização e hierarquização; participação da comunidade. A descentralização no SUS corresponde à distribuição de: poder político, responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal³. A regionalização e hierarquização da rede de serviços deve focalizar o território, com as especificidades de perfil populacional, indicadores epidemiológicos, condições sociais, econômicas e culturais. A regionalização, por sua vez, deve ser orientada pela hierarquização dos níveis de complexidade determinados pelas necessidades da população. É nesse sentido que, os serviços em saúde fundamentados na integralidade, devem se organizar desde ações de promoção e prevenção até as de média e alta complexidade. A participação da comunidade não está presente nas três esferas de gestão e no texto constitucional está ao lado da universalidade, integralidade e descentralização, como uma das marcas identitárias do SUS.

A sociedade construiu o controle social no (SUS), com os conselhos e conferências de saúde, definindo espaços de participação social na formulação e deliberação da Política Pública de Saúde, como um dos marcos históricos da Reforma Sanitária brasileira. Naquela conjuntura de lutas sociais percebia a implementação da política pública de saúde como uma possibilidade para a conquista de direitos sociais de cidadania. A lei 8.142, de 1990 estabelece as instâncias de participação popular no SUS: as conferências e os conselhos de saúde, que são dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento no interior do sistema. Nos três níveis de governo estão presentes os conselhos, e estão organizados de forma paritária⁴. Os conselhos precisam se reunir em caráter permanente e deliberativo para influenciar na formulação de políticas, também deve “fiscalizar”, acompanhar e avaliar as ações em saúde, inclusive quanto aos aspectos financeiros e administrativos. As conferências também estão presentes nas três esferas de governo devem avaliar a situação de saúde e fazer proposições para a formulação de políticas. A participação social baseia-se nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário,

³ As atribuições e competências estão descritas na lei 8.080, de 1990.

⁴ Os conselhos são assim constituídos: metade de representante de usuários, e a outra metade dividida entre representantes da gestão e representantes dos trabalhadores de saúde.

retomando a perspectiva de continuidade da democratização do Estado Brasileiro, tendo a saúde como um de seus pilares (BRASIL, 2007b; MATTA, 2007; FONTES, 2008).

A proposta neoliberal para a saúde sugere mudanças nos propósitos do SUS, com vistas a uma redução das conquistas sociais na área, apontando para uma focalização seletiva das ações do Estado, para a privatização do setor e para o fim da universalidade e da gratuidade. Dessa forma, observa-se que, paralelamente à conquista do movimento da reforma, estabeleceu-se uma universalização excludente com base na racionalização dos serviços e, por conseguinte, resultou em queda na qualidade dos serviços públicos (LEMOS, 2010; PAIM, 2008). Dessa forma, o direito à saúde é assegurado, entretanto, os serviços são precários, o que estimula o crescimento da medicina supletiva para atender os setores mais abastados da sociedade.

Com a criação do SUS, foi prevista a formação de recursos humanos como competência do MS, pois a experiência e o treinamento já não eram suficientes. Era necessário organizar escolas técnicas de saúde para a formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja (LIMA, 2007; LEMOS, 2010).

A necessidade de elaborar diretrizes específicas para os trabalhadores do SUS foi discutida em diversas CNS, mas somente durante a XI Conferência Nacional de Saúde (2000) é que foi aprovada na íntegra a terceira versão das Diretrizes para a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS). A Formação de Recursos Humanos em Saúde (FRHS) para o SUS abrange aspectos relacionados à educação, desde a fundamental até a educação permanente (em todos os níveis de ensino) e as responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo (BRASIL, 2001).

Segundo o citado documento, é imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Isso pressupunha a formulação de diretrizes curriculares que contemplassem as prioridades do perfil epidemiológico e demográfico das regiões do país, a política de capacitação de docentes orientada para o SUS, a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; pela garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão e utilização prioritária das instituições públicas de ensino para esta formação (BRASIL, 2001).

A perspectiva de melhorias na saúde pública relaciona-se diretamente ao processo de formação dos profissionais da área da saúde, isto é, à forma como a dinâmica do ensino tem se constituído. Para Nunes (2007), a proposta da saúde pública foi pensada em meio ao

processo de redemocratização da sociedade brasileira e de consolidação do movimento da reforma sanitária. Foi nesse contexto, portanto, que as preocupações com o ensino de saúde pública propiciaram uma reorientação do mesmo, no sentido de atender as propostas sanitárias, presentes no SUS, de construir um sistema público de saúde centrado na universalidade e integralidade. Sendo assim,

As condições de acesso e qualidade estariam traduzidas pela cobertura universalizada e equânime, na qual o respeito à dignidade dos usuários e do acompanhante assegurariam uma assistência de qualidade. E, a Política de recursos humanos instituiria um plano de carreira e remuneração digno, asseguraria a estabilidade, a constituição de deveres e direitos do servidor, bem como a capacitação permanente e a profissionalização dos trabalhadores de saúde integrada aos princípios do Sistema de Saúde. Por conseguinte, é preciso visualizar nestas estratégias a sua vinculação a um projeto amplo e universal, que objetiva a superação da intervenção fragmentada e verticalizada e que se proponha reestruturar o processo de formação e qualificação dos recursos humanos em saúde. (GERMANO *et al.*, 1996, p. 4-5)

Em meio a tantas mudanças na saúde, tornava-se fundamental a formação e propagação de uma concepção crítica, e assim construir uma nova consciência intelectual e moral na profissão. Tratava-se de refletir e experimentar outras formas de produzir conhecimento, que possibilitasse o acesso dos trabalhadores à pesquisa e ao conhecimento. Nesta perspectiva, a educação seria responsável pelo surgimento da nova ordem intelectual e moral e instrumento de luta contra a dominação e força que rompe com a subordinação intelectual e ideológica e se lança no encaminhamento das mudanças sociais e da concepção do homem em sua dimensão social, política e histórica. Isso seria uma forma de elevar a qualidade da formação e melhor direcioná-la aos princípios da Reforma Sanitária (GRAMSCI *apud* GERMANO, 1996). Todavia, o SUS foi instalado no mesmo momento em que o Estado flexibilizou o mercado de prestação de serviços de saúde, incluindo a compra de serviços de instituições credenciadas.

As discussões sobre reforma sanitária e as questões de saúde remetem à democracia. O debate contemporâneo sobre a questão democrática volta-se não mais para afirmar o primado da democracia entre os regimes políticos, mas para o aprofundamento e a qualidade desses regimes. O aprofundamento das democracias, na maior parte dos países e, particularmente, no Brasil, deve orientar-se pela superação dos descompassos entre os ideais e a realidade (BOBBIO, 2000). Nesse sentido, os desafios e as possibilidades atuais de construção de uma democracia absoluta é um horizonte político compartilhado, ao sonhar e propor o SUS como

projeto político pelo qual se compreende a saúde como direito de cidadania (HARDT; NEGRI, 2005; CAVALCANTI, 2010).

A democracia, desde as origens gregas, sempre esteve relacionada com o governo de massa, não necessariamente um bom governo. A junção de um bom governo e inclusão política e social tornou-se o ideal dos países ocidentais e cada país perseguiu à sua maneira esse objetivo. No Brasil, em 1930, além de um intenso processo de urbanização, teve início a democratização política com a participação do povo. A cidadania moderna pressupõe a participação política das pessoas no governo, a garantia de direitos individuais e a justiça social, objeto de aspiração de quase todos os países, sobretudo dos que se colocam dentro da tradição ocidental. Foi durante o Estado Novo que a massa de cidadãos foi incorporada ao governo pela via dos direitos sociais, os benefícios sociais foram distribuídos de acordo com as categorias de trabalhadores (CARVALHO, 2001).

Ainda segundo Carvalho (2001), o bom funcionamento de um sistema representativo em geral necessita de um longo período e requer ajustes permanentes. Acredita-se que a democracia baseada no sistema representativo ainda tem um longo percurso e como principal desafio a construção da cidadania devido à dificuldade do sistema político de produzir resultados que levem à redução da desigualdade social.

O aprendizado democrático se constitui, portanto, a partir da participação política das pessoas nas decisões que incidem, diretamente ou não, no cotidiano de suas vidas. Acredita-se que esse “aprendizado democrático, à medida que modifica as pessoas, estas passam a desejar mais democracia, por isso a construção de uma sociedade democrática é um infinito vir-a-ser” (HARDT, 2009).

A transição política no Brasil iniciou-se nos anos setenta, concomitantemente à mobilização política do movimento da Reforma Sanitária que, em linhas gerais, visava à construção de uma sociedade democrática, com participação da população e pleno exercício de cidadania⁵, portanto, menos desigual. Esse movimento tinha a saúde como uma das principais possibilidades de atingir tal objetivo. Contudo, segundo Cavalcanti (2010), os diferentes modos de atuação das lutas no setor saúde referem-se às concepções de democracia colocadas em ação na construção do SUS.

O direito à saúde pressupõe a construção de um aparato técnico institucional com vistas a atender às necessidades de saúde, porém tem como pressuposto indissociável a

⁵ Cidadania que combine liberdade, participação e igualdade para todos é um ideal desenvolvido no ocidente e talvez inatingível. “O cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos direitos civil, políticos e sociais” (CARVALHO, 2001, p. 9).

participação política ampliada. Esta vai para além dos espaços instituídos de controle social, e tem como desejo alcançar que essa participação seja construída no cotidiano da produção do SUS, em cada serviço, para além da dinâmica da representação. As necessidades de saúde se centram nas pessoas, individual e coletivamente, daí a necessidade de serem construídas dialogicamente por meio da participação política ampliada (CAVALCANTI, 2010).

Nesse sentido, da articulação entre democracia e saúde, parece interessante pensar a democracia como modo de vida baseada em uma reflexão sobre os hábitos e na transformação da natureza humana (HARDT; NEGRI, 2005; POGREBINSCHI, 2008; CAVALCANTI, 2010).

A democracia é um modo de vida guiado por uma fé ativa nas possibilidades da natureza humana. [...] a democracia é um modo de vida que é conduzido pela fé pessoal no cotidiano pessoal de trabalho conjunto com outras pessoas. Democracia é a crença de que mesmo quando necessidade, seus fins ou consequências são diferentes para cada indivíduo, o hábito de cooperação amigável – que pode incluir, como no esporte, rivalidade e competição – é em si um acréscimo valioso à vida. [...] Caso o que foi dito seja acusado de ser um conjunto de lugares comuns morais, minha única resposta é que é exatamente isso que se pretende ao dizer tais coisas. Pois livrarmo-nos do hábito de pensar a democracia como algo institucional e externo e adquirirmos o hábito de tratá-la como um modo de vida pessoal significa perceber que a democracia é um ideal moral e, à medida que se torna um fato, é um fato moral. Trata-se de perceber que a democracia é uma realidade somente quando é de fato um lugar-comum de vida. (DEWEY, 2008, p. 139-141)

A citação acima traz a ideia de democracia como modo de vida que reafirma a necessidade de difundir o agir democrático por todos os âmbitos, em cada momento da vida. Os fins radicais da democracia só serão atingíveis se os meios em si também forem democráticos. São radicais porque exigem mudanças profundas nas instituições sociais, econômicas, jurídicas e culturais existentes (DEWEY, 2008; CAVALCANTI, 2010). Dessa forma, produzir o SUS com base no terreno sugerido por esses conceitos implica construir a possibilidade de trazer para o debate diário a própria dinâmica de produção dos serviços. Dito de outra forma: significa envolver usuários, trabalhadores, gestores nesta conversa, tornar a gestão dos serviços de saúde um processo de realização cotidiano, com enorme possibilidade de transformação da natureza humana por meio da ampliação da participação na vida política do sistema de saúde. A democracia como modo de vida na saúde requer tornar cada procura pelos serviços de saúde como um espaço possível de participação nas definições das maneiras de organização do serviço, de agenciamento dos arranjos institucionais. Sendo, portanto, impossível pensar a participação descolada da produção dos serviços, do sistema e das políticas de saúde (CAVALCANTI, 2010).

Nessa perspectiva, de acordo com Fleury (1997), em que se nota a luta pela democratização da saúde, o movimento sanitário pretende incorporar as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. O movimento da Reforma Sanitária sob a bandeira Saúde e Democracia alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde. Não obstante à formação de quadros técnicos que estavam aptos a conduzir as instituições formuladoras de políticas, era um projeto reformador consistente.

Porém, como já foi dito, simultaneamente ao processo de democratização da sociedade e, por conseguinte, da saúde, o país se encontrava em uma situação de crise econômica e ajuste liberal, com redução do gasto público e da atuação redistributiva do Estado, onde a segmentação social manifesta-se como predomínio da lógica individualista, na qual cada um busca defender interesses particulares, transformando a política pública em palco da disputa de privilégios corporativos. Nesse sentido, Fleury (1997, p. 34) afirma: “A dura verdade se revela como aprendizagem a partir das dificuldades na implantação do projeto da Reforma Sanitária: NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei”.

Com a discussão apresentada, buscou-se ao menos parte do cenário que permitiu a articulação entre movimento de Reforma Sanitária, construção do SUS e democracia. A seguir, com base na articulação dessas questões, uma outra será abordada e refere-se à formação dos profissionais da área da saúde. Cabe ressaltar que essa é uma preocupação presente ao longo de todo século XX, daí ser importante resgatar os principais elementos que fundamentaram a formação em saúde nesse período.

Tendo em vista esse horizonte da formação é que objetiva-se conhecer e analisar a formação em saúde em Goiás, no nível da pós-graduação *lato sensu*. De forma específica, os objetivos buscam identificar os cursos voltados para formação em saúde no nível da atenção básica, que contemplam a proposta de transformação do movimento sanitário e a implementação do SUS, com a ideia de fortalecer as práticas de prevenção e promoção da saúde; identificar qual tem sido a perspectiva mais adotada pelos cursos ofertados em Goiás.

CAPÍTULO 1

FORMAÇÃO E TRABALHO PARA O SUS

1.1 AS POLÍTICAS E AÇÕES DE FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS

Ao longo da história da saúde pública brasileira, uma de suas principais marcas são os conflitos, o que acaba se reproduzindo nas questões da formação em saúde. Desse modo, a lógica do modelo biomédico presente nos serviços também pautou a formação dos profissionais de saúde, caracterizado pela objetividade científica e preterindo os significados e subjetividades dos sujeitos envolvidos que também estão presentes no processo saúde-doença (AMÂNCIO FILHO, 2004). Ao desconsiderar os sentidos que permeiam a experiência da doença e das relações estabelecidas entre o sujeito doente e os profissionais de saúde, a assistência revela-se mais impessoal e mecanizada, pois o trabalho destes profissionais é exercido sobre o enfermo e não sobre a enfermidade (BOLTANSKI, 1989).

Sobrevalorizar a técnica e a objetividade nas experiências de saúde e doença pode levar a uma formação com lacunas, pois: “o processo educativo é um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar” (PEREIRA, 2005, p. 152). Sendo assim, a formação dos profissionais de saúde responde aos anseios de um determinado tipo de sociedade.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho, no sentido de contribuir para a efetividade da política nacional de saúde. Essa concepção relaciona-se à necessidade de elevação da escolaridade e do desempenho profissional, que possibilita maior autonomia intelectual dos trabalhadores, do domínio do conhecimento técnico-científico, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.

Tanto a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 reconhecem como campo de atuação do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. A

gestão da formação de recursos humanos pelo MS relacionou-se à perspectiva de orientar perfis profissionais condizentes com o novo modelo sanitário. A IX CNS, realizada em 1992, aconteceu no contexto da crise do *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo. O relatório dessa Conferência permite identificar a insistência na ideia de promover política de recursos humanos “que possibilite uma atuação ética, de elevado nível técnico e não alienação do trabalhador de saúde, institucionalizando programas de repasse contínuo de informações, capacitação e atualização” (BRASIL, 1993a, p. 212).

A Conferência enfatiza a importância da problematização dos processos de trabalho e evidencia a necessidade de imediata regulamentação do Art., 200, Inciso III, da Constituição Nacional, que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos. Neste evento, reivindicam-se a garantia da construção de escolas de formação de trabalhadores em saúde e de recursos orçamentários para a educação dos profissionais, bem como a criação de núcleos de desenvolvimento de trabalhadores junto à gestão de recursos humanos. A Conferência trata, ainda, da importância da revisão de currículos em sintonia com a realidade socioepidemiológica do país. A II Conferência Nacional de Recursos Humanos foi um desdobramento das propostas e discussões que fundamentaram a IX CNS (BRASIL, 1993a; 1993b).

A Política de Recursos Humanos para o SUS teve como prioridade ações indutoras dos processos de educação para o trabalho em saúde e propôs realizar, em conjunto com o Ministério da Educação, experiências de formação e fomentar os programas de educação continuada para os profissionais dos serviços, a fim de consolidar uma qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS. Também havia uma previsão de melhoria das condições de trabalho. Na verdade, a criação da política de recursos humanos ocorrida no governo FHC, por um lado, reflete a conquista da valorização da formação profissional, uma bandeira do movimento sanitário. Mas, por outro, também é reflexo da importância que o planejamento da educação profissional toma com as novas perspectivas do governo neoliberal (LEMOS, 2010).

A X CNS difunde a necessidade de estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população (BRASIL, 1998, p.8).

A XI CNS aconteceu ainda no governo FHC, em 2001, e apresentou para discussão seis eixos centrais no tocante a recursos humanos: política nacional de recursos humanos para o SUS; desenvolvimento de trabalhadores em saúde; política de saúde; formação de pessoal para a saúde; relações de trabalho e processos de educação para o SUS. O eixo Formação de Pessoal para Saúde foi desmembrado nos seguintes tópicos: a) ordenamento da formação de recursos humanos pelo SUS, b) o redimensionamento do papel dos aparelhos formadores em saúde (universidades e escolas técnicas) no fortalecimento do SUS e c) educação contínua em saúde (BRASIL, 2001, p. 42).

De acordo com Lemos (2010), a XI Conferência trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação-gestão, desde argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no Controle Social em saúde até o fortalecimento dos princípios do SUS. De modo mais específico, no que concerne à formação dos trabalhadores, mantém as expectativas em relação às Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública dos Estados.

A XII CNS é realizada em 2003, no início do governo Lula, apresentou novidades, com destaque para a área “Recursos Humanos”, que passa a ser compreendida como “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, segundo um trecho do relatório da Conferência:

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. (BRASIL, 2004c, p. 115)

A partir de então, os tópicos da PNEPS são delineados e o termo EPS é bastante enfatizado no relatório da Conferência, uma vez que esse modelo educativo configura-se como nova estratégia do Ministério da Saúde para a formação dos trabalhadores. A partir dos relatórios das conferências de saúde verifica-se que desde a 1ª CNRH, há um apelo para a criação de uma política de formação de recursos humanos na qual haja a integração ensino/serviço e, conseqüentemente, a transformação das práticas com vistas à melhoria da atenção à saúde da população.

A ideia de educação permanente surge no Brasil nos anos 1960, mas foi disseminada pela Organização Pan-Americana (OPAS) na década de 1980, como um modelo de educação para adultos, a fim de desenvolver as competências técnicas necessárias ao trabalho. A EPS foi reformulada em função da reestruturação do modelo de produção e das novas exigências do capital.

O setor de saúde só começa a aparecer como uma área de interesse, para o Banco, no final dos anos sessenta, vinculado a questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas, mesmo assim, restrita aos aspectos do controle demográfico. Só mais tarde, nos anos oitenta, com a crise do Estado Protetor e as possibilidades que este setor apresentava para o investimento do capital, é que a saúde entra como um setor específico na pauta de financiamento do Banco Mundial, e o é por uma determinada razão: ao financiar projetos para a área da saúde, esta instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público. (LEMOS, 2010, p.115)

A citação acima permite concluir que o surgimento da EPS por meio da OPAS não é uma simples coincidência. Os anos 1980 foram um período de redefinição da política brasileira e a saúde revelava-se um grande mercado para a iniciativa privada. Nesse sentido, “é diante do ideário da "economia da saúde” que o Banco Mundial, por meio da OMS/OPS, exige reformulações no setor da formação profissional” (LEMOS, 2010, p. 82). Porém, a reorientação da EPS justificou-se pela necessidade de novos referenciais metodológicos para o desenvolvimento do Sistema de Saúde e da Atenção Primária de saúde.

A PNEPS foi instituída pela Portaria nº 198, do Ministério da Saúde, publicada em 13 de fevereiro de 2004, “como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (Art. 1º da Portaria nº 198/GM/MS, Brasil, 2004a). Essa política de educação pode reconhecer aos envolvidos no conjunto das práticas de saúde o lugar de sujeitos, com participação nos processos de discussão e tomada de decisão a respeito das mesmas. Ela foi substituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, como se pode verificar no Anexo A, e incorpora diretrizes do Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b).

Essa alteração na Portaria ocorreu devido a fragilidades encontradas na execução das ações da PNEPS, tais como: dificuldade de implantação do conceito pedagógico da EPS e de gestão participativa descentralizada via Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS); ações paralisadas por excessiva disputa de poder; baixa capacidade de formulação de políticas por parte dos atores locais e de áreas técnicas específicas; descontinuidade do financiamento (BRASIL, 2006b). A pouca agilidade na liberação dos recursos financeiros e a demora na análise e aprovação dos projetos pelo MS foram bastante criticadas.

A Portaria que instituiu a PNEPS prevê a descentralização de parte dos recursos financeiros federais destinados à gestão do trabalho e à educação na saúde. Segundo o documento (BRASIL, 2004a), o repasse de recursos é permanente, possibilitando o planejamento e a sustentabilidade dos projetos, a médio e em longo prazo, com transparência na utilização dos recursos públicos determinados para a formação dos trabalhadores. Os

critérios distributivos do financiamento são pactuados na Comissão Tripartite (CIT) e aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Contribuindo com esse entendimento, Vieira et al. (2006), pois constataram que a maioria dos projetos de EPS era de curta duração (com até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns), o que se confronta com a ideia de permanência pretendida. Os problemas apontados possibilitaram que os PEPS perdessem força, logo, em 2006 ocorre a extinção dos PEPS e a PNEPS passa a se conformar às exigências do Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde foi estabelecido pela Portaria nº 399/GM de 30 março de 2006 (BRASIL, 2006a). Trata-se de uma nova proposta de gestão e organização do SUS, implantada em 2006, com base em três frentes principais: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O primeiro tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas. O segundo trata de repolitizar o debate em torno do SUS, por meio de aumento da participação da sociedade na gestão do SUS e o terceiro diz respeito à regionalização, ao financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à regulação da atenção à saúde e da assistência, à participação e controle social, à gestão do trabalho e à educação na saúde (LEMOS, 2010).

A Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007a), dispõe sobre as novas diretrizes para a implementação da PNEPS, atendendo às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Na fase anterior a condução da PNEPS acontecia via PEPS, a partir da Portaria acima citada, ela passa a acontecer regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). Pretende-se, por conseguinte, superar a crítica da desvinculação do processo com órgãos gestores do SUS. Os CGR são as instâncias de pactuação permanente, de cogestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região de saúde e por representante do gestor estadual, para conduzir as problemáticas referentes à gestão do SUS e instituir o processo de planejamento regional. À luz dos planos municipais de saúde da região os gestores também se responsabilizam por elaborar um Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), definindo prioridades e responsabilidades, com a contribuição efetiva da Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional (CIESr). Este Plano deve ser encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação e deve orientar as ações na construção de propostas de intervenção na área de educação na saúde na região (LEMOS, 2010).

Todavia, os princípios da EPS foram reafirmados como norteadores para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na área. Também foi recolocado que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não sejam definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino, mas considerem, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. Retoma a necessidade de articulação intra e interinstitucional que crie compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação (BRASIL, 2007a).

A proposta pedagógica da PNPE tem como eixo central a problematização, a fim de estimular a reflexão crítica sobre práticas cotidianas de atenção e gestão, o desempenho dos diferentes sujeitos e as repercussões de suas ações na qualidade do serviço, bem como questionar os atuais modelos de formação e com isso promover a aprendizagem significativa. A inclusão de outros atores sociais, dentre eles usuários dos serviços, estudantes dos cursos da área de saúde, enriqueceu o debate e criou a possibilidade de avanços práticos no processo de democratização da saúde (PINHEIRO, 2007).

A PNEPS, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções. Vieira et al (2006), aponta que o surgimento desta veio para resolver os problemas de saúde que a educação continuada não conseguiu. Porém, do ponto de vista do enfrentamento da política neoliberal, a EPS não questiona a redução dos recursos, nem as causas estruturais da crise da saúde, apesar de ter sido gestada com o propósito de entender a saúde em seu sentido mais amplo.

O conceito de EPS foi mais difundido depois da criação da SGETS em 2003, que tem como propósito desenvolver a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). Portanto, a educação permanente não se refere apenas à formação, mas também à atenção, gestão e formulação de políticas em saúde. Com a finalidade de integrar a educação e a saúde, o MS criou por meio de um decreto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES) com a missão de planejar, organizar e apoiar as ações relacionadas à gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005).

A SGTES deve estabelecer parcerias com os gestores do SUS, com as instituições de ensino e definir as responsabilidades das três esferas de governo nesse processo. As atividades desenvolvidas pela SGTES buscam garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, tem-se a perspectiva de constituir novos perfis profissionais para atender à realidade de saúde da população e das necessidades do SUS. São diversos os atores responsáveis pela PNEPS nos estados: Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), Secretarias de Estado da Saúde, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Instituições de Ensino Superior (IES) (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b).

A política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde tem como princípio básico a integração entre ensino e serviço na área. A Portaria Interministerial nº 2.118 de 03/11/05, em busca de um trabalho articulado entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, instituiu uma parceria para desenvolver ações relativas à educação superior e à formação profissional de nível técnico em saúde, que envolveu a Secretaria de Educação Superior (SESu), Secretaria de Educação Profissional (SETEC), o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2005).

A condução regional da PNEPS é realizada pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, previstas no artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na NOB/RH-SUS. As CIES estão vinculadas às Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e devem elaborar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, coerentes com os Planos de Saúde estadual e municipais da referida região, no que tange a educação na saúde. Os recursos referentes a esta ação são repassados anualmente pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, mediante análise e aprovação dos Planos Estaduais e Regionais de Educação Permanente e análise do cumprimento do Plano de Educação Permanente do ano anterior (BRASIL, 2011).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de governo, deve articular as necessidades da saúde, o desenvolvimento dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços. Para tanto, as CIES precisam elaborar projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, visando enfrentar os problemas oriundos dos serviços de saúde, recorre-se à capacitação dos profissionais, que envolve ações planejadas com a missão de

fortalecer conhecimentos, habilidades e práticas, nem sempre presentes na dinâmica das organizações. Porém, a capacitação é desenvolvida sob a influência de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que determinam os limites e possibilidades da capacitação. Apesar das iniciativas, nem todos os programas de capacitação desenvolvem o processo de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, as resoluções e decretos definem que o plano estadual de educação permanente deve priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS, tais como: Atenção Básica, Saúde Mental, Atenção à Mulher e à Criança, Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, Urgência e Emergência, entre outras, a fim de enfrentar os principais problemas sanitários nas regiões. Também está nas diretrizes estratégicas do programa MAIS SAÚDE – Direito de Todos (2008 – 2011), a necessidade de ampliar e qualificar a força de trabalho em Saúde, fundamental para um maior desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2009).

A EPS, como já foi dito, abrange todos os níveis de formação. Sendo assim, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, tem enfrentado os desafios do ensino na saúde ao criar os seguintes mecanismos: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde); Pró-Ensino na Saúde; cursos de curta duração, atualização e especialização; Projeto Nacional de Telessaúde; mestrados profissionalizantes; Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), entre outros.

Essas estratégias estão colocadas para todo o país, no entanto, a este trabalho caberá conhecer e analisar a formação em saúde em Goiás, no nível da pós-graduação *lato sensu*, que serão referências importantes na verificação das propostas implementadas pelas instituições selecionadas para atender a PNEPS.

Dessa forma, o item seguinte trará um breve resgate sobre as ações desenvolvidas pela SGTES, desde a sua criação, voltadas à educação em saúde e, de modo mais específico, à EPS.

1.2 A SGTES E OS PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Em agosto de 2005, com a mudança de gestão do Ministério da Saúde, a Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde passou para o Departamento de Apoio à Gestão

Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, saindo, portanto, da SGTES, o que implicou a exclusão das Ações Populares de Educação na Saúde, do âmbito da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A partir da mudança de gestão, passou-se a discutir a reorientação desta Política com notória colisão entre interesses dos sujeitos tradicionalmente envolvidos com a formação profissional e a gestão do sistema, em detrimento de uma participação mais efetiva dos movimentos sociais e da sociedade civil. As novas propostas sinalizam para uma focalização das ações no campo da formação dos profissionais, e com isso, limitando a amplitude e o poder transformador da proposta inicial (PINHEIRO, 2007).

Em 2009, o DEGES/SGTES/MS prosseguiu com a implementação da PNEPS tendo como base para esse processo a regionalização, a articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais. A fim de aplicar os recursos financeiros no ano de 2010, estes foram repassados com base nos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, totalizando R\$ 85 milhões para todo Brasil, seguindo as orientações da Portaria GM/MS nº 2.953, de 25 de novembro de 2009, que determina o repasse Fundo a Fundo, em parcela única, aos estados e municípios. O Estado de Goiás recebeu em 2010 R\$ 1.171.913,58 para aplicar em educação profissional e R\$ 820.339,50 para aplicar em Educação Permanente, segundo informações constantes no relatório da SEGETS/MS (BRASIL, 2009).

A PNEPS visa alcançar os trabalhadores da rede de serviços do SUS, a fim de garantir a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população, para tanto conta com a implementação da educação permanente dos trabalhadores do SUS. A SGTES, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), oferece aos estados cooperação técnica para a implementação, monitoramento e consolidação da política de educação permanente em saúde (BRASIL, 2011).

A SGTES desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sendo responsabilidade da gestão do trabalho e da educação a qualificação dos trabalhadores e a organização do trabalho em saúde, a fim de consolidar novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, verifica-se no Anexo B, um quadro com os programas de Educação Permanente desenvolvidos pela SGTES.

Portanto, as ações para desenvolvidas fomentam políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS.

Em 2002, o MS criou a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde, com o objetivo de aproximar estudantes do desenvolvimento de projetos voltados a uma política de educação para futuros profissionais do SUS. Surgiram diversas propostas de vivência, entre elas a Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Este foi incorporado na política de Educação para o Sistema Único de Saúde (EducarSUS) com a finalidade de discutir e ordenar uma formação de qualidade para o SUS, capacitar profissionais de saúde, estimular a mudança curricular na graduação e especialização dos cursos da área da saúde, utilizando práticas inovadoras de educação na área da saúde (BRASIL, 2004d).

Dentre os principais eixos do VER-SUS está o fato de propiciar oportunidade aos participantes para vivenciar conquistas e desafios inerentes ao SUS e aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação e controle social. Pretende-se por meio da vivência dos discentes nos serviços públicos de saúde, estimular o senso crítico e despertar reflexões acerca do papel do educando como transformador da realidade social; valorizar o compromisso dos participantes na implementação do SUS; contribuir para a construção do conceito ampliado de saúde; sensibilizar profissionais da área da saúde para as discussões sobre o processo de educação permanente; refletir sobre a política pedagógica nas instituições de ensino, que contemplem o conhecimento aprofundado do SUS nas diretrizes curriculares; e estimular a inserção de estudantes no movimento estudantil. Sem dúvida, é uma estratégia de aproximação dos estudantes universitários aos desafios da construção técnica, social e política do SUS (BRASIL, 2004d; CANÔNICO e BRÊTAS, 2008).

Segundo os documentos da SGTES (BRASIL, 2003), há três tipos de compromissos fundamentais a trabalhar com as universidades no campo da formação: a) a educação permanente dos profissionais – tanto no campo da atenção como no campo da gestão, b) as mudanças na formação em graduação e c) a formação de docentes.

Para Ceccim (2005), a SGTES, por meio da política de educação permanente, tem uma função essencial, a de romper com uma formação fragmentada que por consequência gera um atendimento à saúde também fragmentado. Essa estrutura tem gerado especialistas, que a partir de seus saberes técnicos, identificam e propõem soluções gerais para os problemas da saúde. Porém, as ações propostas, geralmente, são individuais e levam a uma prescrição de trabalho aos profissionais, negligenciando as singularidades locais.

Nesse sentido, a questão sobre a formação em saúde engloba, também, uma discussão mais ampliada sobre a política pedagógica usada para o ensino nas universidades. Nota-se que nos últimos anos, a formação de profissionais para o SUS passou a ser uma discussão central

nas políticas de saúde, reforçando a necessidade de investimento na área da educação em todos os níveis, incluindo aquela direcionada aos trabalhadores já inseridos no sistema, por meio do exercício da educação permanente em saúde. Logo, espera-se que as ações conjuntas entre os Ministérios da Educação e da Saúde sejam tão eficientes a ponto de viabilizar a integração entre a universidade e o SUS.

1.3 EIXOS QUE NORTEARAM OS MODELOS DE ENSINO EM SAÚDE E O PAPEL DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

É possível identificar na década de 20 do século XX, que esses foram anos marcados pela crescente participação do Estado na implementação e condução de políticas no campo da saúde. O movimento em prol da profissionalização sanitária deu origem a propostas de criação de escolas e serviços especializados em saúde pública. A primeira experiência na área ocorreu em São Paulo, com a criação do Instituto de Higiene, embrião da atual Faculdade de Saúde Pública da USP, em 1918. Em São Paulo, formou-se uma geração de sanitaristas e uma nova proposta de saneamento -“higienista-educacional”. Esses sanitaristas alargaram os caminhos para o surgimento de um novo modelo de atuação profissional, sustentado na educação sanitária, na prevenção de doenças e na formação de recursos humanos. Esta geração mantinha laços estreitos com lideranças e programas de saúde pública nos Estados Unidos, em particular com a Fundação Rockefeller, que teve um papel relevante na consolidação da área no país (CANDEIAS, 1984; MASCARENHAS, 2006). No Rio de Janeiro a criação de uma escola de higiene e saúde pública já vinha sendo objeto de debates entre médicos e sanitaristas, voltados para a questão do saneamento no Brasil e a superação da condição de “grande hospital” que Miguel Pereira havia denunciado desde os anos de 1910.

A partir de 1930, no governo de Getúlio Vargas, o campo da saúde no Brasil foi diretamente moldado pelo novo Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a atender, crescentemente, a interesses de grupos da burocracia estatal e da massa de trabalhadores assalariados. O apoio à especialização em saúde pública, no entanto, continuou a fazer parte da agenda política durante o governo, que estimulou a criação de novos cursos e formação de novos profissionais (NUNES, 1998).

Já no início do século XX, a disputa entre os modelos de ensino acarretaram as propostas de reforma na formação médica, a chamada Reforma Flexneriana. Em 1910, o

resultado de uma ampla pesquisa sobre as faculdades de medicina nos Estados Unidos e Canadá, o Relatório Flexner, visou estabelecer parâmetros de controle sobre a formação e o exercício profissional e reafirmou a necessidade do caráter estritamente científico da formação. Após o Relatório Flexner, definiram-se critérios para o funcionamento das faculdades de Medicina e para o ingresso de alunos. Todavia, tanto o modelo assentado na clínica, quanto o outro com base na experimentação, foram as principais vertentes de produção e transmissão do saber médico, que apesar de distintas, apresentavam importantes similaridades com relação aos pressupostos básicos, pois ambas estavam sob a influência do empirismo, do mecanicismo e da possibilidade de um conhecimento positivo sobre o homem e sua condição (PINHEIRO, 2007).

Aspectos como a visão biologicista da saúde, a noção de uma história natural das doenças e a separação entre corpo e mente substanciaram os limites do saber e o distanciamento da complexidade da experiência do viver, adoecer e morrer. Tudo isso, por sua vez, favoreceu a formação dos profissionais de saúde restrita aos conhecimentos anátomo-fisiológicos e aos recursos e técnicas de cada campo profissional (PINHEIRO, 2007).

Diante disso, nota-se que o modelo biomédico hegemonizou-se no campo da saúde, tornando-se o discurso oficial da Modernidade, sustentado na racionalização. É nesse contexto sociocultural que a sociedade passa a ser vista como um organismo, o conceito de corpo social é construído e as propostas de intervenção do Estado na saúde emergem como corolário das próprias exigências do capitalismo e das ciências, possibilitando o desenvolvimento da saúde pública tal como hoje é concebida. Para o modelo biomédico, a doença é resultado da ação de agentes patogênicos específicos, passíveis de identificação e combate. Essa visão hegemônica, em seu discurso destituiu de valor tanto as condições materiais de vida quanto as formas de relação entre os sujeitos (COSTA, 1986).

Além disso, os problemas no campo da saúde, que geram a insatisfação dos profissionais e da população, tornam visível a possibilidade de um modelo biomédico em vias de esgotamento da sua hegemonia. Dessa forma, as questões suscitadas na saúde são, em certa medida, consequências de uma crise de contexto macro, no qual o projeto de Modernidade parece se exaurir e não responder mais às necessidades por ele criadas (SANTOS, 2005; PINHEIRO, 2007).

Ao longo do século XX, em diferentes momentos, muitas experiências incorporaram atores institucionais e práticas diferenciadas, que se relacionaram com as políticas de saúde, conformando padrões peculiares de formação em Saúde Pública. A partir das primeiras iniciativas, foram ampliados e diversificados os espaços escolares, constituídos nos primeiros

anos pelo Instituto Oswaldo Cruz, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e os Departamentos de Higiene das Faculdades de Medicina. Depois vieram os Departamentos de Medicina Preventiva dessas Faculdades e, mais recentemente, os Institutos de Saúde Coletiva e os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (NESCOs), com subsídios singulares ao conjunto de ações que passaram a compor o ensino de Saúde Pública, no período (NUNES, 1998; LIMA; FONSECA & SANTOS, 2004). Com a proposta de modificar o ensino da Higiene, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, visando articular elementos preventivos à clínica, e de introduzir as disciplinas de Estatística, Ciências Sociais, Epidemiologia, Medicina do Trabalho e Saúde Pública, dentre outras medidas (NUNES, 1998; NUNES, 2007).

O Instituto Oswaldo Cruz, que se dedica à formação de recursos humanos qualificados, em 1908, criou o curso de aplicação, que foi oferecido até 1969, destinado a formar profissionais para a pesquisa biomédica e para a saúde pública simultaneamente (LIMA; FONSECA & SANTOS, 2004).

Segundo Nunes (1998; 2007), as mudanças acarretadas pela Reforma Universitária e a Reforma do Ensino Médico, ocorridas no final da década de 60, produziram efeitos no período seguinte, relacionando-se a outros fatos no interior dos Centros Escolares e interferindo na dinâmica dos cursos e na organização das próprias Escolas, numa interface com o ensino da Saúde Pública. Destaca-se, a importância da ENSP/FIOCRUZ para a educação em saúde pública no Brasil. Nesse sentido, as estratégias implementadas pelo Governo produziram resultados na gestão de recursos humanos. O PPREPS propiciou o disseminação nas Secretarias de Estado do entendimento sobre as noções de planejamento de recursos humanos, que por sua vez, ampliou as possibilidades de relação desses espaços burocráticos com as políticas de formação de sanitaristas, implementadas até então de forma centralizada, pela Escola de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), fundada em 1954, coincide com uma nova política em relação à saúde pública que também incluiu a separação dos ministérios da saúde e da educação, em 1953, e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956. A ENSP incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e até hoje atua na capacitação e formação de recursos humanos no campo da saúde pública, mantendo

cooperações técnicas em estados e municípios brasileiros, formando profissionais comprometidos com a transformação do contexto social brasileiro⁶.

A ENSP desempenhou um importante papel no cenário político brasileiro, pois contribuiu para o desenvolvimento de sistemas públicos de saúde, enquanto se consolidava institucionalmente. Em 1966 foi inaugurado o novo prédio da escola. Junto com as novas instalações, criaram oito departamentos (Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Estatística, Epidemiologia, Saneamento, Administração em Saúde e Metodologia do Planejamento), além do Colégio Técnico. As ações realizadas pela escola eram norteadas pelo ensino, pesquisa e a relação com a comunidade (LIMA; FONSECA & SANTOS, 2004).

A maior escola de saúde pública da América do Sul é a única escola de âmbito federal no Brasil e uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - órgão vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil. Dela saíram os principais projetos que possibilitaram a adoção do SUS, estabelecido pela Constituição Federal em 1988. A ENSP conta com um corpo docente de mais de 150 doutores e recebe, anualmente, cerca de 120 novos alunos nos cursos *stricto sensu*, das mais diversas regiões do Brasil e do exterior. Os cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização presenciais distribuem-se por cerca de 60 cursos. A ENSP também tem desenvolvido a Educação à Distância (EAD), mas suas ações baseiam-se nos pressupostos da EPS e na parceria com o Ministério da Saúde⁷.

A ENSP conta ainda com a Escola de Governo para estruturar a formação e a educação permanente de gestores e profissionais de saúde, articulando trabalho e formação e a consolidação de redes de cooperação. A Escola de Governo em Saúde foi concebida em 1996, como uma reorientação estratégica da política, da gestão e dos programas de ensino. Mais recentemente, a fim de responder às demandas colocadas pelo sistema de saúde em rápida transformação, criou-se o espaço institucional Escola de Governo em Saúde (EGS/ENSP), visando mobilizar e potencializar os esforços institucionais voltados à ampliação da capacidade e qualidade de governo em saúde. Os cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização presenciais da EGS titulam mais de 500 alunos por ano distribuídos por cerca de 50 cursos⁸.

O Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento (PIASS) associado ao Plano de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde-PPREPS, com a perspectiva da integração ensino-serviço, permitiu a realização de experiências que valorizavam as iniciativas em

⁶Informações do sítio: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126

⁷ Informações retiradas do sítio da FIOCRUZ: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/escola-nacional-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-sergio-arouca-ensp>.

⁸ Informações retiradas do sítio da ENSP: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/apresentacao/>

andamento e ampliando o seu espectro no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva segundo Paim (1986, apud NUNES, 1998).

Cumprе ressaltar que desde a década de 1970, foram desenvolvidos: o Programa de Estudos Econômicos e Sociais (PESES) e Programa de Estudos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas (PEPPE) 1976, a formação de sanitaristas para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública a partir de 1977 e a implantação da Residência em Medicina Preventiva e Social pela ENSP da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, iniciada em 1979. Essas experiências propiciaram o desenvolvimento de inovações que passariam a compor os processos de formação em Saúde Pública dessas e de outras instituições. Também nesse período, acentuaram-se as discussões sobre a criação de um Sistema Nacional de Saúde (NUNES, 1998).

Ainda nos anos 70, intensificou-se no interior das Escolas de Saúde Pública, no início a implantação das Residências em Medicina Preventiva e Social, que se constituíram em importantes espaços de experimentação de novas práticas de ensino em saúde. Esta dinâmica favoreceu a diversificação dos Centros Escolares, com surgimento dos Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva, que se concentravam nas Universidades. Desse modo, a relação entre descentralização e expansão do ensino da Saúde Pública desenvolvida teve uma expressão robusta na Escola Nacional de Saúde Pública, sem a mesma dimensão na Faculdade de Saúde Pública da USP (NUNES, 2007).

O Programa de Cursos Descentralizados que influenciou o perfil da distribuição dos cursos no país foi desenvolvido em 1975 pela ENSP. A expansão dos cursos pode estar ligada ao emergente mercado de trabalho ao nível dos Estados, que ao seguir os rumos da política nacional de saúde, também reformulavam seu sistema público de saúde. Também surgiu uma demanda em função da pressão dos trabalhadores por uma melhor qualificação e consequentes melhorias salariais. A equipe docente da ENSP já ambientada com os cursos descentralizados favoreceu maior proximidade dos professores com os vários sistemas estaduais de saúde, o que favoreceu uma postura de assimilação dessas experiências pela Escola. Todos esses fatores conformam a opção da ENSP por um projeto de caráter político-expansionista junto aos serviços, no entanto, essa é uma singularidade da ENSP (NUNES, 1998). Observa-se, que de 1975 a 1980, as possibilidades de capacitação foram expandidas com o Programa de Cursos Descentralizados da ENSP. Essa vivência permitiu um envolvimento maior dessa Escola com as temáticas dos serviços de saúde, que a partir de então se diversificaram ainda mais.

Concomitantemente às experiências de ensino, nesse período ocorreram mudanças na condução das políticas de saúde, materializadas na extensão de cobertura. A ênfase na expansão e requalificação do setor saúde, dadas as características organizacionais e políticas do sistema de saúde brasileiro, fez com que a tarefa da ENSP se voltasse num primeiro momento à formação de quadros do Governo Federal, depois incorporando o nível estadual, principalmente através dos Cursos Descentralizados da ENSP e dos Cursos de Saúde Pública para médicos da FSP. Por fim, os avanços no sentido da municipalização da saúde, a partir de 1985, terminaram por estabelecer um novo tipo de demanda profissional. Toda a vasta experiência da ENSP com o Programa de Cursos Descentralizados leva à percepção como um ator rede, que forma sanitaristas e sanciona um modelo de formação (NUNES, 1998; 2007).

A partir de toda essa experiência da ENSP com os cursos descentralizados e frente à necessidade de não esvaziar o papel das Escolas Estaduais de Saúde, em 2007, a rede de Escolas foi organizada e estruturada. Os anos 1970, 1980 e 1990 foram importantes para expansão da formação de sanitaristas, da noção de parceria desenvolvida, bem como da criação das Escolas de Saúde Pública dos Núcleos de Saúde Coletiva (NESC). A Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde que iniciou com 18 instituições participantes, hoje conta com 45, com representatividade nas cinco regiões do país, como pode-se observar no Anexo C (NUNES, 2011). O Estado de Goiás participa da Rede por meio da Escola de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago e com o NESC/UFG.

A noção de Rede defendida por Nunes (2011) pressupõe percepções diferentes sobre um fenômeno, favorece a integração de formas multicêntricas, permite a democratização do saber, articulação de heterogeneidades, com participação e compromisso com o SUS. Para ela, a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde está alicerçada na prática democrática e inclusiva, na cooperação com solidariedade, com inovações permanentes.

A importância das Escolas aqui mencionadas parece indiscutível sob a perspectiva da formação de profissionais na área da saúde. Elas tiveram uma atuação técnico-política, trabalharam para renovar o ensino da saúde pública e compuseram uma rede de formação, bem como lutaram em prol de um Sistema Único de Saúde fundado em bases democráticas.

CAPÍTULO 2

DISCUSSÃO TEÓRICA

2.1 A EDUCAÇÃO E O TRABALHO EM TEMPOS DE MODERNIDADE

A sociedade tem passado por mudanças que afetam a educação e o trabalho, pois alteram as formas de produção, as relações de trabalho e as exigências para a formação dos trabalhadores. Nesse sentido, cada vez mais a relação entre educação e trabalho se consolida a partir de uma formação centrada nas situações de trabalho. Com a revolução industrial, exigiu-se um sujeito com aptidões que a família e a igreja não podiam sozinhas proporcionar, diante disso, propagaram-se as escolas de massas, pois a industrialização força uma nova estrutura educativa. Desde então que as recorrentes modificações no processo educativo não param de acontecer (SANFELICE, 2002).

A razão, desde os séculos XVII e XVIII, passou a ser a forma de conhecer e explicar o mundo, até então explicado pela religião. No período entre o fim da segunda guerra mundial e o início dos anos 1970, observa-se uma explosão das escolas no cenário mundial, a relação entre formação e trabalho assentava-se na ideia de que havia um vínculo funcional entre as saídas das escolas e as entradas no emprego. No Brasil, considerando a industrialização entre os anos de 1960 e 1970, a prioridade da política nacional de educação era a formação de especialistas no ensino médio com capacidade de operar máquinas ou dirigir processos de produção. A partir da globalização, nos anos 1980, muitas mudanças ocorreram, sobretudo quanto à transformação tecnológica e organizacional do trabalho, com suas implicações para a denominada qualificação do trabalhador (SANFELICE, 2002). À medida que a sociedade humana experimentou o desencantamento do mundo, o homem tornou-se central e com ele a crença na razão, mas em contexto de mundo moderno.

Tratar de assuntos que envolvem a discussão de modernidade implica defini-la, porém muito mais do que um conceito, ela leva a pensar o homem nas dimensões da política, do processo histórico e social, das suas descobertas, dos seus encontros e desencontros, certezas e incertezas ou contradições em busca de suas ideias e ideais. A modernidade representou a

possibilidade de um caminho novo rumo ao futuro, com sua tecnologia, seu potencial e possibilidades de mudanças que refletiriam em mais justiça. Ela deu voz ainda à diversidade e à ruptura do homem com as antigas e tradicionais formas de saber; bem como permitiu pensar e analisar tudo à sua volta, sob a perspectiva da construção e elaboração do conhecimento.

Na constituição da modernidade estava a proposta de rejeição à tradição e aos dogmas religiosos como formas de construção do conhecimento e de vivenciar o mundo, que deveriam passar pela contínua e crescente racionalização do conhecimento. Sendo esse movimento caracterizado pela gradativa secularização da cultura e desencantamento do mundo (WEBER, 2004), a modernidade construiu um ambicioso e revolucionário projeto cultural sustentado pela confiança na ciência e na técnica aplicadas às forças produtivas; nas relações liberais de mercado responsáveis por consolidar um Estado justo. Tal projeto também criou efeitos colaterais, pois as promessas não foram cumpridas, desenvolvendo novos paradigmas não previstos na sua origem.

Desde as últimas décadas do século XX, trava-se um debate sobre se o momento vivido é próprio da modernidade ou da pós-modernidade. Essa é uma discussão rica e diversa, porém não será tratada aqui, mas pareceu importante situar que se usará o conceito de modernidade como um fenômeno que representa, dentre outras coisas, a cultura de globalização e ideologia neoliberal.

Contudo, Giddens (1991) reconhece a possibilidade da pós-modernidade, visto que se chegou ao limiar de uma nova época, mas para a análise desse fenômeno, não basta inventar novos termos, deve-se olhar novamente para a natureza própria da modernidade. O autor desenvolve suas concepções em torno de uma interpretação descontinuista do desenvolvimento social moderno, pela qual as instituições sociais modernas são compreendidas, em alguns aspectos, como diferentes daquelas da ordem tradicional (idem, p. 13). Ao admitir tal possibilidade, Giddens, junto com Ulrich Beck, utilizam o termo modernidade reflexiva para caracterizar a sociedade pós-moderna ou contemporânea, pois a reflexividade representa uma possibilidade de reinvenção da modernidade e de suas formas industriais, com isso tem-se a ideia de que muitas modernidades são possíveis, em oposição à ideia fatalista de que só existe uma forma de modernidade: a da sociedade industrial.

Seguindo essa perspectiva, Bauman (2001) também reconhece a existência da pós-modernidade, mas a caracteriza como sendo “líquida”, na qual tudo é temporário e provisório, pois o postulado que a regula é o da incapacidade de manter a forma, tudo se transforma antes de “solidificar-se”. Desse modo, somos contemporâneos de uma percepção de mundo que descarta regulamentações e hierarquia de valores. Esse cenário ambienta novas propostas

curriculares, por exemplo, fundamentadas nas diferenças culturais, já que a prioridade é o local, em contraposição ao global.

A questão educacional hoje é uma das tarefas mais centrais das ciências sociais contemporâneas. Segundo a sociologia de Durkheim, a educação era vista como uma necessidade instrumental das sociedades modernas, mas sobretudo, como a única base capaz de mantê-las integradas e solidárias. Nas últimas décadas, no entanto, a questão educacional transformou-se em assunto apenas administrativo, deixando de permear os debates intelectuais, visto que a propagação da ideia de que, como fenômeno superestrutural, a educação em si pouco alteraria as condições de vida. Os trabalhos de Bourdieu e Passeron intensificaram esta desqualificação da tarefa educacional ao demonstrarem como os sistemas educacionais simplesmente reproduziam as estruturas de dominação existentes (SCHWARTZMAN, 1997).

Contudo, a educação foi redescoberta e, em parte deve isso à constatação de que, longe de serem neutras, as instituições educacionais têm um impacto bastante significativo, ainda que controverso, sobre as sociedades contemporâneas. Por um lado, a demonstração da educação como "capital humano" parece determinante na geração de riqueza e no desenvolvimento econômico. Por outro lado, estudos sobre o impacto dos sistemas educacionais na estratificação social demonstram como tais sistemas tendem a consolidar e exacerbar a desigualdade social. A educação, em conjunto com outros processos de natureza social, política e econômica, em momentos de expansão da sociedade, parece funcionar como instrumento poderoso de mobilidade social e de incorporação de novas tecnologias e conhecimentos à sociedade; porém, em períodos nos quais as sociedades estão estagnadas, a educação parece funcionar, principalmente, como elemento de seleção e discriminação social (SCHWARTZMAN, 1997).

Nas sociedades atuais, a educação é um processo de humanização que aspira à construção de um sujeito que faz escolhas e se responsabiliza pela transformação tanto de si mesmo quanto do mundo em que vive. Os acontecimentos não se tornam vivências, não são interiorizados e não transformam o sujeito. Dessa forma, se uma das características da sociedade contemporânea é a coexistência com a incompletude, a educação é um instrumento importante para uma sociedade democrática, na qual a pluralidade de percepções e o livre-pensar possam constituir a base da vida e do bem-comum. Desse modo, a educação e a aprendizagem só fazem sentido se forem contínuas e se forem assumidas como tarefa ilimitada para a formação dos sujeitos. Porém, isso não significa a sujeição ao ritmo acelerado

das mudanças que ceifam as experiências, mas uma disposição às transformações numa perspectiva humanizada.

A sociedade atual instaura um novo tipo de sistema social baseado, sobretudo, no consumo e nas relações de “massa”, no entanto, em decorrência da pluralidade de reivindicações heterogêneas de conhecimento e do processo de individuação por que passa a sociedade, deve-se entender a modernidade por meio de suas descontinuidades, com a finalidade de se chegar a um diagnóstico de suas Instituições Sociais, nesse caso, as de caráter educativo.

Para Giddens (1991), a modernidade é um estilo de vida europeu proporcionado pelo surgimento da sociedade urbano-industrial, pós-período feudal, que se alastrou para outros lugares, tornando-o em certa medida mundial. Esse modo de vida, próprio da modernidade, segundo o autor, tem como uma de suas características a desorientação que, além de acarretar a não compreensão de todos os acontecimentos de forma plena, também não permite ter controle sobre eles.

Dentre as dimensões que marcam o modo de vida da modernidade, está a categoria indivíduo e todas as questões que a permeiam, hoje tão naturalizada e que corresponde ao modo hegemônico de organização da subjetividade na modernidade. Para Mancebo (2002, p. 101), “o indivíduo é apenas um dos modos de subjetivação possíveis e que cada época, cada sociedade põe em funcionamento algum desses modos”. E essa noção de modernidade e a centralidade do indivíduo encontram-se presentes na área da saúde. Portanto, esse é mais um elemento que ajuda a pensar as dificuldades de formar, capacitar e qualificar profissionais direcionados aos princípios e diretrizes do SUS, com ações visando à promoção e prevenção, para além da cura e voltadas não apenas aos indivíduos, mas à coletividade. Acredita-se que essa relação é bem mais complexa, pois os profissionais responsáveis pela formação de outros foram formados com base no modelo biomédico, tendo o indivíduo como centro.

Observa-se que não é mais possível que o estudante saia da universidade com todo o conhecimento necessário ao exercício de uma profissão. Com isso, a educação é pensada como um aperfeiçoamento continuado, no qual o aluno assume responsabilidade pela sua própria formação e, assim, a ênfase desloca-se da assimilação dos conteúdos para o seu processo. Nesse sentido, Bauman (2001, p. 120) afirma que em tempos de modernidade líquida, deseja-se orientadores para mostrar como caminhar, “e não professores que lhes façam seguir a única estrada possível ...”.

Por razões diversas, tanto a formação humana quanto o trabalho em saúde encontram-se no movimento geral do capitalismo e, dessa forma, articula-se com os interesses do capital.

Desse modo, primeiro, busca-se entender o trabalho e, em seguida o trabalho em saúde, mas considerando a atual fase de acumulação flexível. É nessa perspectiva de mudança quanto às novas formas de relações sociais e de produção pertencentes à esfera do trabalho, na sociedade contemporânea, apontadas acima, que Harvey (2000) insere o novo padrão de acumulação de capital. A acumulação flexível é capaz de alterar processos, organização e ferramentas de trabalho, que confronta de forma bastante direta com a rigidez do modelo de produção fordista.

Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego chamado “setor terciário”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (tais como a Terceira Itália, Flandres, os vários vales e gargantas de silício, para não falar da vasta profusão de atividades dos países recém-industrializados). (HARVEY, 2000, p. 140)

Para o autor, as crises sofridas pelo sistema capitalista na segunda metade do século XX, sobretudo a partir dos anos 1970, atingiram o fordismo e propiciaram o desenvolvimento de um tipo de acumulação mais flexível e integrada. Porém, isso não significa a ruptura total com o modelo fordista de produção, mas antes, uma possibilidade do capitalismo de superar a sua crise e garantir a sua continuidade.

Algumas perspectivas teóricas afirmam que o neoliberalismo se legitimou com o consentimento popular. Observa-se que a busca da liberdade permaneceu ao longo dos séculos e foi decisiva para o que se pode chamar de naturalização do neoliberalismo. Soma-se ao ideal de liberdade, a coerção, seja por meio da força física ou pelas questões financeiras entre os países. Dessa forma, a coerção tornou-se um forte instrumento para a aceitação das ideias neoliberais, de maneira tal que se acreditou não haver alternativa.

A proposta neoliberal para se consolidar, buscou apoio nas camadas populares, por meio de questões culturais e religiosas. Nesse sentido observa-se:

Fortes influências ideológicas circularam nas corporações, nos meios de comunicação e nas numerosas instituições que constituem a sociedade civil – universidades, escolas, igrejas e associações profissionais. A ‘longa marcha’ das ideias neoliberais nessas instituições, que Hayek concebera já em 1947, a organização de bancos de ideias (apoiados e financiados por corporações), a cooptação de certos setores dos meios de comunicação e a conversão de muitos intelectuais a maneiras neoliberais de pensar – tudo isso criou um clima de opinião favorável ao neoliberalismo como garante exclusivo da liberdade. Esses movimentos

mais tarde se consolidam com o domínio dos partidos políticos e, em última análise, o poder do Estado. (HARVEY, 2008, p. 49-50)

Os movimentos estudantis e de trabalhadores também foram importantes para a consolidação das propostas neoliberais, pois lutavam por “liberdade individual” e “justiça social”. Mas o autor ponderou sobre a incompatibilidade entre as liberdades individuais e a justiça social. E esta é uma tensão que parece se manter no neoliberalismo, mas com intensidade variável de acordo com o tempo e o lugar. Para analisar essa contradição, o autor retomou os processos de mudança, o caso dos Estados Unidos e da Grã Bretanha nos anos 1970. Esse Estado que se propõe não intervencionista, contraditoriamente, em alguns momentos, é forçado a intervir, utilizando para isso a repressão e, dessa forma, ignora as liberdades que se coloca como defensor. Para evitar qualquer tipo de manifestação contrária à consolidação do neoliberalismo, o Estado recorre à persuasão, à propaganda e, se necessário, ao uso da força.

Ao discutir o Estado Neoliberal, Harvey (2008, p. 75), apresenta características mais gerais como: “favorecimento dos direitos à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio”. Essas liberdades devem ser preservadas, mesmo que seja necessário o uso de violência, por parte do Estado. Os indivíduos são responsáveis pelo seu sucesso e/ou fracasso. A democracia perde a centralidade nas decisões do Estado Neoliberal.

O Estado Neoliberal revela algumas tensões e contradições: a interpretação do poder de monopólio; o fracasso de mercado; o pressuposto neoliberal de perfeito acesso a informações e de igualdade de condições na competição; deturpação no processo de busca de novos produtos tecnológicos. Apesar de ter surgido como solução para as crises do Estado do bem-estar social, o próprio neoliberalismo não está livre de problemas e também experimenta crises. Para superar os problemas inerentes ao neoliberalismo, eis que emergem os neoconservadores, que concordam com a proposta neoliberal de governança pela elite, desconfiança da democracia e manutenção das liberdades de mercado. Contudo, distanciam-se dos princípios do neoliberalismo ao acentuar a ordem, na superação dos conflituosos interesses individuais.

Coutinho (2010) prefere pensar a hegemonia a partir de Gramsci, isto é, as relações de hegemonia nos dias de hoje significam reduzir a grande política à pequena política, aquela do dia-a-dia. Assim como cooptou intelectuais, representantes políticos e sindicais, o neoliberalismo também se apropriou do termo reforma, “isto é, como algo progressista em

face do estatismo” (idem, p. 35). O que antes significava mudança, direitos, proteção social, regulação do mercado, agora representa cortes, perda de direitos e do controle. Nesse fato reside a importância da ideologia por trás do neoliberalismo. Segundo o pensamento de Gramsci sobre revolução passiva, as reformas desencadeadas são instrumentos valiosos na construção do consentimento, pois as classes dominantes atendem algumas exigências dos dominados para permanecerem dominantes. Diante disso, tem-se a restauração de um capitalismo no qual não há limites para o mercado, para os interesses do capital, não apenas deixando de ampliar as conquistas dos trabalhadores, mas eliminando-as.

Antunes (2010), bem como Harvey, destaca a crise no início dos anos 70 como sendo uma crise estrutural do capital, que teve como consequência uma intensa reestruturação do processo produtivo, no sentido de recuperar sua expansão e retomar o projeto de dominação social. A reestruturação refere-se à acumulação flexível, tecnologia, toyotismo (alternativa para o taylorismo/fordismo), gestão organizacional. Para contrapor o poder das lutas sociais, o capital se reorganizou no plano ideológico por meio de um culto ao subjetivismo e ao individualismo. Para o autor, tanto a acumulação flexível quanto as distintas manifestações do toyotismo devem ser objeto de reflexão crítica.

Segundo o autor, o toyotismo implementado ao longo dos anos 80 tem como enfoque a produção enxuta, ancorado nas práticas neoliberais. O foco da resposta à crise estrutural do capital é o controle do trabalho vivo e da força de trabalho, o que implica a captura da subjetividade do trabalho pelo capital. As consequências disso são expressas no enfraquecimento do poder organizado do trabalho e da intensificação da exploração dos trabalhadores, portanto, esse é o corolário político-ideológico da acumulação flexível. Dessa forma, o capital produzido como totalidade social, ancorada na cooperação, se dá pelas redes informacionais, mas também pelas novas formas de domínio do capital. É nesse momento que os trabalhadores deixam de pertencer a si mesmos, pois cooperam dentro de um processo de valorização do capital. Esse trabalhador coletivo permite a intensificação da produtividade do trabalho social e da exploração da força de trabalho.

Ainda sobre o toyotismo, Antunes (2010) afirma que o seu espírito tem origem histórica no Japão, mas seus princípios foram disseminados pelas diversas formas de administração flexível do capital, e tem no trabalho em equipe uma de suas variáveis essenciais. Todavia, é imprescindível o engajamento moral-intelectual dos trabalhadores, que configura a captura da subjetividade, capaz de mobilizar corpo e mente, num processo de fazer e conhecer instintivo. Tal captura naturaliza o processo e cria a ideia de que não há

alternativa ao capital e seus modelos de produção, o que remete à discussão de Harvey (2008) sobre o neoliberalismo.

As mudanças acarretadas pelo toyotismo referem-se às individualidades pessoais, que são marcadas pela concorrência, assim, por trás da ideia de trabalho em equipe, tem-se disputas particulares dentro do trabalho, nas quais os trabalhadores vigiam-se mutuamente e, ainda, cada ser que trabalha vigia a si próprio graças aos valores-fetiches. Trata-se de uma manipulação reflexiva, que cria um mundo de simulações, inversões, no qual a “liberdade é escravidão e a confiança é desconfiança [...] a captura da subjetividade pelo capital pressupõe uma subjetividade moralmente adequada a ser capturada” (ANTUNES, 2010, p. 48-49). No caso da saúde, a Estratégia de Saúde da Família pode ser um exemplo de como essas disputas no trabalho acontecem, porém são disfarçadas pela ideia de trabalho em equipe, esta por sua vez marcada pela hierarquia/importância social centrada na figura do médico.

Sobre a precarização do trabalho, a partir dos anos de 1970, ela é resultado da intensificação dos processos de globalização e neoliberalismo, os quais impõem a interdependência econômica e a desregulação, a privatização e o fim das garantias e direitos sociais. O desenvolvimento tecnológico e a informatização possibilitaram tais mudanças e ainda o fazem. Fica evidente que a forma de maximizar os lucros do capital e de dominar os trabalhadores, apesar de toda modernização do processo produtivo, ainda é a exploração e alienação dos mesmos. Questões como flexibilidade e segurança/instabilidade dependem das relações de poder entre empregadores e empregados e das forças políticas, ideológicas e culturais de cada sociedade.

Antunes (2010) também discute a precarização estrutural do trabalho e, segundo ele, tem-se uma classe trabalhadora de maior complexidade, pois, ao mesmo tempo que o trabalhador se qualifica em alguns setores e institui-se a figura do trabalhador polivalente e multifuncional, ele também é, em diversos ramos, desqualificado e precarizado. O conceito mais ampliado sobre classe trabalhadora chama a atenção: “é a totalidade dos trabalhadores assalariados. Isso não elide o papel de centralidade do trabalhador produtivo, do trabalho social coletivo, criador de valores de troca, do proletariado moderno no conjunto da classe que vive do trabalho” (ANTUNES, 2010, p. 25).

Isto é, a classe trabalhadora de hoje incorpora todos os trabalhadores que vendem sua força de trabalho. Por outro lado, exclui os gestores do capital, os altos funcionários que controlam o processo de trabalho, os que vivem de especulação, os pequenos empresários e os pequenos proprietários urbanos e rurais.

Na reestruturação produtiva, os trabalhos improdutivos são reduzidos dentro das fábricas, incorporando este ao trabalho produtivo. Também verifica-se a expansão do trabalho intelectual. Todavia, “tanto trabalho material quanto imaterial são subordinados à lógica da produção de mercadorias e capital” (ANTUNES, 2010, p. 33). Nesse sentido, para atender às suas necessidades, o capital utiliza-se cada vez mais da terceirização, do trabalho em domicílio e até clandestino. A consequência da produção flexível é a contratação salarial flexibilizada, isto é, contratos de trabalho menos rígidos, que precarizam o mundo do trabalho, mas necessários à captura da subjetividade do trabalho vivo. Ao trazer a discussão da sociologia do trabalho para esta pesquisa, a dimensão intelectual é a mais adequada, pois é a que está diretamente relacionada com a produção de conhecimento, portanto, com a formação profissional. Porém, esta perspectiva não nega a importância da dimensão prática dos serviços, a do exercício do trabalho em si, apenas não é o foco da pesquisa proposta.

É o trabalho que cria a singularidade do ser humano, portanto, ele produz, além dos bens vitais e dos meios de produção, os homens como seres sociais. Nesse sentido é que as discussões sobre trabalho podem auxiliar na compreensão acerca da educação permanente em saúde, posto que para sua realização é imprescindível a dimensão do trabalho cotidiano nos serviços de saúde.

Nesse sentido, é oportuno mencionar a crítica de Antunes (2010), quando aponta a centralidade do trabalho/classe trabalhadora nos dias atuais. “Esse processo de retroalimentação impõe ao capital a necessidade de encontrar uma força de trabalho ainda mais complexa, multifuncional, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada, [...]” (idem, p. 32). Com isso, cada vez mais, as capacidades intelectuais são transferidas às máquinas, transformando o trabalho vivo em trabalho morto.

O poder de mobilização do capitalismo está na sua capacidade de criar e propagar ideologias. O espírito do capitalismo adequa-se à justificação das novas formas de acumulação e se associa às formas anteriores, ao estimular as pessoas às novas formas de acumulação, por meio da autojustificação do bem comum. Assim, o capitalismo resiste às críticas anticapitalistas, pois se apropria de parte dos valores que lhe fazem oposição, transformando as possibilidades de lucro sem criar formas mais justas, o que implica a desorganização do mundo social/trabalho.

Boltanski (2009) demonstra que, a despeito das mudanças no espírito do capitalismo, que levaram à sua reestruturação e trouxeram novos problemas, diferenças e injustiças, as fontes de indignação da crítica permanecem consistentes. Na primeira delas, o capitalismo equivale ao desencanto sobre a vida, que se torna visível pelo estado de anomia que se instala

na sociedade. Na segunda, o capitalismo significa opressão e, portanto, opõe-se à liberdade, autonomia, criatividade; homens estão mais subjugados ao mercado e salário. Na terceira, o capitalismo é a representação da miséria e desigualdade de todo tipo. Na quarta, oportunismo e egoísmo são sinônimos do capitalismo, o que resulta na disputa entre o favorecimento de interesses em detrimento dos vínculos sociais.

Porém para integrar e interagir no mercado e na sociedade, a exigência é que os sujeitos estejam adaptados ao novo modelo de produção, isso significa desenvolver habilidades e competências e investir em formação profissional para a devida capacitação e qualificação. Por isso, no subitem a seguir, esses conceitos serão trabalhados na sua articulação com o trabalho e a educação.

2.2 COMPREENDENDO OS CONCEITOS DE QUALIFICAÇÃO, COMPETÊNCIA E RESOLUTIVIDADE NA SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO E A EDUCAÇÃO

O desenvolvimento das forças produtivas acarretou a resignificação do que se considera inteligência na sua relação com o trabalho. Antes das revoluções burguesas, a inteligência estava vinculada à capacidade de imaginar e realizar uma ideia de forma integral, o que ficou denominado como trabalho artesanal. Depois do advento da modernidade e com a inserção do trabalho fabril, ela passou a ser relacionada à habilidade de desempenhar de maneira satisfatória uma parte específica do trabalho total, isso era exigência nas fábricas cujo modelo de produção baseava-se no taylorismo-fordismo. Por fim, e ainda nos dias atuais, a inteligência no e do trabalho volta-se à concepção de acumulação flexível presente no sistema toyotista de produção.

Nos modelos de produção do taylorismo e fordismo, a preocupação estava quase tão somente na quantidade de produtos, isto é, na capacidade produtiva, portanto, não se exigia um trabalhador qualificado. Porém, a partir dos anos 80, a qualidade passou a ser um fator de distinção no sistema Toyota de produção, e isto representou a necessidade de um novo tipo de trabalhador que fosse qualificado, polivalente e multifuncional (DRUCK, 1999).

A fim de esclarecer nuances quanto ao emprego da concepção de qualificação tanto no fordismo quanto no toyotismo, segundo Ferreti (1994), no primeiro, considerado o modelo da acumulação rígida, qualificação referia-se aos postos de trabalho e ao desempenho do indivíduo numa posição fixa. Já no segundo, denominado como regime de acumulação

flexível, ela está relacionada ao trabalho em equipe e, com isso, a execução do trabalho torna-se responsabilidade do coletivo. Isto é, não se trata de afirmar que no fordismo não existia a ideia de qualificação, ao contrário, mas a percepção que se tinha era diferente. É nesse sentido que Ferreti (1994, p. 132) fala em uma “tese da requalificação dos operadores com a adoção de novas condições de produção vai conduzir, enfim, à emergência do modelo da competência”.

É nesse contexto, de surgimento de novas relações de produção e, por conseguinte, de novas relações sociais, que emerge o modelo de qualificação, com base no método das competências, que está fundamentado essencialmente no saber fazer ou na qualificação tácita dos trabalhadores.

Para tentar fundamentar melhor a relação entre qualificação e competência, recorreu-se a Hirata (1994, p. 131) que diz:

O debate aberto por Braverman (1974) no início dos anos setenta em torno da desqualificação inelutável, gradual, progressiva como consequência do aprofundamento da divisão do trabalho no capitalismo teve como uma de suas variantes consagradas durante um período relativamente longo a tese da polarização das qualificações. Segundo esta tese, a modernização tecnológica estaria criando, de um lado, uma massa de trabalhadores desqualificados e, de outro, um punhado de trabalhadores superqualificados.

Observa-se que com a emergência de novas condições de produção acarretará a superação da tese da polarização das qualificações, dominante desde o fim da década de setenta. Para tanto, ainda de acordo com Hirata, a concepção das competências surge com essa finalidade.

A competência é uma noção oriunda do discurso empresarial nos últimos dez anos e retomada em seguida por economistas e sociólogos na França. Noção ainda bastante imprecisa, se comparada ao conceito de qualificação, um dos conceitos-chaves da sociologia do trabalho francesa desde os seus primórdios (cf. Naville, 1956); noção marcada política e ideologicamente por sua origem, e da qual está totalmente ausente a idéia de relação social, que define o conceito de qualificação para alguns autores. (HIRATA, 1994, p. 132)

Segundo a autora, o conceito de qualificação foi ressignificado para atender às demandas de mercado, impulsionadas pelo novo modelo de produção flexível. O processo de redefinição da qualificação ou de requalificação da força de trabalho é perpassado pela concepção das competências. Com tal concepção implementaram-se mudanças na organização do trabalho, pois tornou-se possível articular as qualidades exigidas do sujeito

(trabalhador) às formas de cooperação intersubjetiva presente nos novos modelos produtivos (HIRATA, 2000).

Analisando ainda a polarização das qualificações, Machado (1994a) aponta para um cenário um tanto contraditório, no qual se observa, de um lado, apenas um pequeno grupo ligado às formas de trabalho flexível, que se constitui em uma “aristocracia técnica”, e do outro lado, um pólo constituído por um contingente colossal de trabalhadores desqualificados. Nesse sentido, segundo a mesma autora:

Verifica-se um movimento complexo, heterogêneo, não coetâneo e difuso de qualificação e desqualificação da força de trabalho, com os deslocamentos, substituições e absorções de segmentos laborais, a partir de critérios emergentes e pouco explícitos de inclusão e exclusão, ditadas pelas inovações tecnológicas e organizacionais. [...] as contradições que surgem neste movimento de qualificação e desqualificação da força de trabalho são amplas e profundas porque as substituições e ajustes nem sempre se revelam possíveis. Existem limites estruturais dados pela impossibilidade inerente ao capitalismo de compatibilizar transformações na base técnica da produção com a criação de condições sociais adequadas à formação do trabalhador, apesar das necessidades objetivas do sistema produtivo. (MACHADO, 1994a, p. 177-178)

Seguindo esta perspectiva, Antunes (2000) revela em suas análises que o mundo do trabalho vivencia uma tendência para a qualificação dos trabalhadores e, por conseguinte, do trabalho, porém concomitante a um processo de desqualificação dos trabalhadores. Portanto, esse novo modelo de produção é marcado por contradições, que ora superqualifica em vários ramos produtivos e ora desqualifica em outros. Antunes (2000, p. 62) afirma:

que não há uma tendência generalizante e uníssona, quando se pensa no mundo do trabalho, há sim, uma processualidade contraditória e multiforme. Ele constata que as tendências em curso, de um lado apontam para um efetivo processo de intelectualização do trabalho manual ou um incremento do trabalho qualificado, de outro, e em sentido radicalmente inverso, uma desqualificação e mesmo subproletarização intensificadas, que estão presentes no trabalho precário, informal, temporário, parcial, subcontratado, etc.

Segundo Dubar (1998), a qualificação é um dos pontos centrais no fordismo, mas devido ao novo paradigma de gestão e de organização do trabalho e ainda à perda de força por parte das organizações sindicais e negociações coletivas, a noção de competência acabou por substituí-la. Essa mudança foi da mesma forma favorecida pelo sistema educativo que focava seus objetivos na aquisição das competências.

No sentido de reafirmar a relação identificada por Dubar (1998) entre escolaridade, trabalho e competência, de acordo com Libâneo (2002), as realidades presentes no mundo do trabalho nos dias atuais demandam trabalhadores com mais conhecimento e domínio técnico.

Sendo assim, o autor diz que: “a competência está ligada a um modo adequado e correto de pôr em ação conhecimentos, instrumentos materiais, supondo-se o domínio desses conhecimentos, capacidades, habilidades, instrumentos” (idem, p. 84). Todavia, as visões economicista e empresarial se apropriam da ideia de competência, transformando-a em um instrumento a favor das novas exigências do processo produtivo capitalista, inclusive moldando a consciência do trabalhador para uma nova ideologia do capital, que remete à noção de Antunes (2010) de captura da subjetividade.

Para Machado (1994b), o uso do conceito de competência exige cuidado, para não ser confundido com o de qualificação, uma vez que àquele apresenta conotações diferentes, sobretudo ao enfatizar a capacidade de articular saberes técnicos e utilizá-los em situações imprevistas de trabalho, mas não pressupõe a posse de tais saberes. É por isso que a ideia de competência soma-se à noção de polivalência, esta por sua vez implica uma racionalização destacando os conhecimentos empíricos disponíveis, entretanto, o conhecimento científico permanece algo exterior e estranho ao trabalhador (MACHADO, 1994b).

De acordo com Ramos (2002), o surgimento do modelo de competência serve a três propósitos: primeiro, reordena a compreensão sobre a relação trabalho-educação, centrando a discussão no trabalhador em suas dimensões subjetivas com o trabalho, em detrimento das questões sobre os empregos, as ocupações e as tarefas. Segundo, legitima novas possibilidades de formar os trabalhadores e de gerir o trabalho, reconfigurando as relações de trabalho. Terceiro, cria padrões capazes de identificar a real habilidade de trabalho para cada ocupação, de maneira que crie mobilidade entre as diversas estruturas de emprego.

É nesse cenário que o processo educativo adquire a função de desenvolver competências cognitivas, tais como: criatividade, capacidade de análise e de solucionar problemas imprevisíveis, entre outros. Os conteúdos curriculares da educação básica que contribuem para a aprendizagem de competências básicas são valorizados, pois permitem desenvolver nos indivíduos habilidades para lidar com mudanças e para que sejam mais autônomos. Por outro lado, a educação profissional é valorizada à medida que proporciona a aquisição de saberes práticos necessários na produção de bens e serviços. Dessa forma, a educação deveria preparar os indivíduos para a empregabilidade fundamentados em competências individuais. Porém, tanto as competências individuais são valorizadas quanto são almejadas a expropriação e a padronização do conhecimento tácito, que cria o paradoxo da complexificação do trabalhador coletivo e o esvaziamento do trabalhador individual. Isso significa que a formação voltada à empregabilidade pode resultar numa formação para o

trabalho precarizado e até mesmo para a possibilidade de desemprego (RAMOS, 2002; DUBAR, 1998).

Ressalta-se que um dos aspectos fundamentais da competência refere-se à capacidade de tornar o indivíduo cada vez mais dependente da produção do valor de troca. Pois essa dependência gera a sua integração à lógica do capital, uma vez que enfatiza a aquisição de competências individuais necessárias à adaptação das mudanças no mundo do trabalho. Desse modo, a hegemonia do capital é garantida com base no aumento da produção de um lado, mas também da redução do número de trabalhadores necessários à produção de outro.

Ao fazer uma análise sobre a “teoria das competências”, Kuenzer (1988) combina cinco elementos para construir tal modelo: 1. normas e recrutamento que privilegiam o “nível de diploma”; 2. valorização da mobilidade e do acompanhamento individualizado da carreira; 3. novos critérios de avaliação, que privilegiam as qualidades pessoais e relacionais como responsabilidade, autonomia, capacidade de trabalhar, etc; 4. instigação à formação contínua, o aprender sempre; 5. desvalorização dos antigos sistemas de classificação fundados nos níveis de qualificação e originados nas negociações coletivas.

Observa-se que o “modelo das competências” centra sua atenção no indivíduo e não no posto de trabalho, destacando a importância da autonomia de decisão para a avaliação de resultados em relação a metas estabelecidas pela administração. A lógica da competência flexibiliza a organização do trabalho e, dessa forma, o desenvolvimento da carreira não vai mais se apoiar na formação educacional, mas na avaliação feita pela empresa sobre as qualidades pessoais e interpessoais. Portanto, cada indivíduo se torna senhor absoluto do seu próprio destino, tanto na construção de oportunidades e autodesenvolvimento, como na responsabilidade pelo seu próprio fracasso ou exclusão, por não conseguir adequar a sua carreira aos novos moldes. Esta nova organização baseia-se no trabalhador ‘flexível’, que desenvolve sempre novas competências e passa a atuar em áreas de diferentes *expertises*.

Segundo Kuenzer (2002), não há um enfraquecimento do princípio administrativo sob a lógica do modelo das competências, ao contrário, ocorre uma reformulação que tende a manter o controle do trabalho e das carreiras cada vez mais nas mãos da administração. Assim, a administração não ganha apenas em poder, mas ganha em submissão, e na conseqüente perda de autonomia profissional. No modelo das competências não se trata mais de “saber fazer”, mas sim, de “saber ser”. É preciso que os indivíduos estudem cada vez mais, porém o diploma superior perde seu valor, mesmo sendo exigido, não se deve à complexidade do trabalho e à necessidade de conhecimentos científicos e abstratos, mas à expectativa de que os indivíduos que passaram por universidades consigam se adequar às novas necessidades do

mundo do trabalho. Isso significa que as novas características de um profissional exigem dele não um saber profundo acerca de um só assunto, mas saber um pouco de tudo.

Essa perspectiva aponta para uma nova visão do mundo do trabalho profissional, onde não se valoriza somente o conhecimento específico, mas sim o relacionamento entre as pessoas que irão trabalhar juntas, o conhecimento de diversas áreas, a confiança entre empregado-empregador.

Para Kuenzer (2002), os portadores dos valores racionais do conhecimento técnico-científico numa sociedade alicerçada na competência são os profissionais, posto que se revelam capazes por possuírem o domínio do conhecimento prático e teórico. As profissões modernas têm como característica a prestação de serviço para toda a coletividade, atendendo qualitativamente as suas necessidades. E que o retorno desta prestação não está mais alicerçado apenas no ganho econômico, tradicionalmente conhecido como remuneração, mas sim no reconhecimento coletivo da importância da função desempenhada.

A qualificação e a competência são conceitos cada vez mais presentes na área da saúde e acabam norteando a formação e o trabalho neste campo. Porém, outra categoria chave para compreender o vínculo estreito entre formação e trabalho em saúde é o de resolutividade, já que, ao prestar serviços de atendimento, espera-se um resultado satisfatório dos mesmos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), quando o indivíduo busca atendimento no serviço de saúde ou quando surge um problema coletivo que incide sobre a saúde da população, espera-se que tais questões sejam resolvidas com serviços capacitados e com nível de competência que pode ser primário, secundário ou terciário. Esse é o entendimento apresentado pelo MS sobre a resolutividade⁹ (BRASIL, 1990b).

Seguindo a perspectiva de resolver os problemas apresentados aos serviços de saúde, para Merhy (1997), a resolutividade implica disponibilizar à população toda a tecnologia existente para a realização de um diagnóstico e tratamento precisos, seja no âmbito individual e/ou coletivo.

A partir dessas discussões, compreende-se a resolutividade como uma maneira de se avaliar os serviços de saúde por meio das ações praticadas, do conhecimento e dos resultados obtidos durante o atendimento ao usuário. A partir disso, espera-se produzir mudanças/melhorias nas situações de saúde de indivíduos e/ou grupos e com isso subsidiar as ações e estabelecer parâmetros mais resolutivos nos serviços de saúde.

⁹ O Ministério da Saúde utiliza o termo resolubilidade.

A resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado, e o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde. Supõe-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender as necessidades de saúde da população, mesmo que isso signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento (TURRINI *et al.*, 2008).

Nesse sentido, defende-se, de acordo com Degani (2002), que a resolutividade supõe um acontecimento que resulte em efeitos positivos e caracterizada por atos de saúde, condições dos serviços e do sistema de saúde como um todo para o atendimento individual e coletivo, e que as ações sejam pautadas pelo modelo de política social de saúde e nas tecnológicas disponibilizadas na busca de efeitos resolutivos aos problemas de saúde da população.

Ao pensar a resolutividade torna-se imprescindível percebê-la como um processo produzido em atos pela intersecção do usuário com o profissional e os serviços, assim como na competência e qualidade do atendimento prestado. Desse modo, a resolutividade implica ações que têm relação com o modo de organização dos serviços, para além das relações diretas entre os seres humanos. Na saúde, ela caracteriza-se por certas possibilidades, como acesso, acolhimento humanizado, equidade, competência, agilidade, qualidade e controle social (participação dos usuários) para que possa ser produzida (DEGANI, 2002).

A resolutividade, para Degani (2002), uma característica engajada com a solução de problemas e que possibilita a descoberta de uma solução significativamente melhor que a habitual. Em outras palavras, é uma tentativa intencional dos profissionais para obter visões e soluções novas, com possibilidades de alteração de hábitos tradicionalmente praticados, isto é, mais é do que a criatividade. A busca criativa pelos profissionais de saúde para a solução de problemas deveria ser a via capaz de possibilitar respostas originais aos problemas que aportam aos serviços. Mas a resolução de problemas tem como ponto inicial, quase sempre, uma solução que já foi anteriormente usada para tratar de um problema similar. Ela caracteriza-se como uma escolha natural de seguir-se sempre o mesmo caminho, porém, tal hábito pode ofuscar o profissional na formulação de outras possibilidades e de encontrar novas respostas.

Há, no entanto, núcleos corporativos enraizados nas estruturas dos serviços com tendência à alienação, à especialização, à departamentalização e à burocratização que apresentam dificuldades em relação às mudanças necessárias e constatadas não só nos serviços, mas que são próprias das sociedades contemporâneas. Diante dessas circunstâncias, a viabilização da resolutividade e da atenção integral nos serviços fica dificultada, como se pode observar na resistência ou no agir habitual dos usuários que procuram diversos serviços, muitas vezes os de emergência, como uma opção mais viável para a solução de seus problemas de saúde. Por isso, o modelo de gestão dos serviços deveria contemplar: as condições tecnológicas, as estratégias para desenvolver habilidades e o convencimento de seus profissionais de que determinado problema de saúde merece solução eficaz e resolutiva. Somente o exercício pleno da cidadania é que poderá transformar a realidade não só na saúde, mas também em outras áreas sociais (DEGANI, 2002).

Observa-se que a resolutividade tem sido discutida com diferentes abordagens, mais ou menos abrangentes e, portanto, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e o que se avalia no momento. Reunindo-se os diferentes enfoques, é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócioeconômicos, entre outros.

Contudo, ao abordar a resolutividade como categoria essencial tanto na formação quanto nos serviços prestados e, portanto, na consolidação do SUS, torna-se pertinente reiterar que a percepção do usuário sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que o cliente utiliza para definir a qualidade do serviço, também é difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde.

Depois de situar a educação e o trabalho em tempos modernos, agora serão apresentados os conceitos que nortearam a construção dessa tese.

2.3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DE ALGUNS CONCEITOS SISTEMAS PERITOS, REFLEXIVIDADE, SOCIOLOGIA DAS AUSÊNCIAS E SOCIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS

O estilo de vida da modernidade em Giddens (1991) implica viver sujeito às situações dúbias como: risco e confiança; vulnerabilidade e segurança. Os indivíduos são lançados em experiências sobre as quais não possuem controle, gerando uma sensação de insegurança. No caso do processo de formação profissional e dos serviços em saúde, tanto o tratamento quanto o profissional e as instituições sociais que prestam serviços em saúde representam o saber especializado. Com isso, ao analisar as instituições sociais modernas, Giddens (1991) aponta a existência de mecanismos de desencaixe dos sistemas sociais dependentes da confiança. Desse modo, as relações estabelecidas entre indivíduos na era moderna pressupõem confiança, tanto em pessoas quanto em instituições. Todavia, são necessárias experiências prévias capazes de assegurar que tais sistemas funcionem conforme se espera deles. Nesse caso, o reconhecimento da ciência aparece como legitimador do caráter de confiabilidade dos sistemas peritos.

Contribuindo para o entendimento da sociedade moderna, Giddens (1991) demonstra que as relações da era moderna encontram-se numa situação de redefinição do tempo e do espaço, pois, apesar de esses mecanismos estarem separados, eles se apresentam conectados, numa esfera organizacional. O desencaixe dessa estrutura permitiria ao indivíduo desembaraçar-se dos poderes das tradições e valores da comunidade em que se encontra, durante o processo de constituição de sua identidade. Com isso, o indivíduo teria liberdade para escolher o tipo de vida que deseja viver, estando submetido somente às normas legais do Estado. Para o autor, desencaixe é “o deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço” (GIDDENS, 1991, p. 29). Um dos desencaixes destacados são os sistemas peritos. A confiança se dá em relação aos chamados “sistemas peritos”. Para a pessoa leiga, a confiança é, em parte, um artigo de “fé” em sistemas peritos, que independe do conhecimento do modo de funcionamento de tais sistemas.

A confiança pressupõe, também, a existência de um risco, porque está vinculada às incertezas, seja em relação às ações de indivíduos ou operações de sistemas, em que a condição fundamental da confiança é a falta de informação plena pelos indivíduos. Para Giddens (1991), na confiança está embutida a ideia de risco, de modo que o indivíduo que

confia num sistema perito tem cada vez mais noção de que ele pode não apresentar o resultado esperado ou desejado, característica esta que é da modernidade. Dessa forma, entende-se que o estilo de vida moderno baseia-se não só no indivíduo, como também na existência de prováveis riscos em todas as esferas da vida, incluindo a da saúde. Logo, tanto as instituições que formam, capacitam e qualificam os profissionais, quanto aquelas que prestam serviços de saúde, apresentam essa dualidade confiança/riscos.

Os sistemas peritos são sistemas de desencaixe porque, além do distanciamento entre tempo e espaço, asseguram aos indivíduos probabilidades quanto ao seu funcionamento. As expectativas são proporcionadas pelo controle exercido sobre tais sistemas por meio de avaliações realizadas a respeito do conhecimento técnico, que comprovam viabilidade e eficiência deles. De acordo com a definição de Giddens (1991, p. 35), sistemas peritos são:

[...] sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje. A maioria das pessoas leigas consulta profissionais – advogados, arquitetos, médicos, etc., – apenas de modo periódico ou irregular. Mas os sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influenciam muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua.

Os profissionais em saúde, representantes dos sistemas peritos, possuem conhecimento especializado e pressupõem a confiança dos pacientes nos seus serviços, com base na experiência de que tais sistemas geralmente funcionam da maneira esperada, mesmo existindo os riscos. Nessa perspectiva, “A natureza das instituições modernas está profundamente ligada ao mecanismo da confiança em sistemas abstratos, especialmente confiança em sistemas peritos” (GIDDENS, 1991, p. 87). Nesse sentido, entender os cursos de formação em saúde como sistemas peritos significa desenvolver competências profissionais capazes de eliminar ou pelo menos diminuir os riscos à saúde do indivíduo e do coletivo.

Ao analisar as transformações sociais acarretadas pela modernidade, Giddens (1991) demonstra que a reflexividade passa a ter uma dimensão diferente nesse contexto. Isso implica dizer que, apesar de o conhecimento ser reflexivo, não é certo que ele impeça a sua revisão, tal como era na sociedade tradicional. A principal transformação ocorrida na modernidade clássica para a modernidade reflexiva, quanto aos riscos, refere-se justamente à compreensão de que os riscos modernos são pautados pela incerteza. À racionalidade da regularidade justapõe-se a perspectiva do caos. Explica Giddens (1991, p. 45-46):

A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas. [...] Todas as formas de vida social constituídas pelo conhecimento que os atores têm delas. [...] O que é característico da modernidade não é uma adoção do novo por si só, mas a suposição da reflexividade indiscriminada – que, é claro, inclui a reflexão sobre a natureza da própria reflexão.

O conceito de reflexividade é um exemplo de que o conhecimento é constantemente reexaminado, em busca de procedimentos que sejam os mais seguros possíveis quanto ao êxito do tratamento. As informações disponíveis sobre a saúde, que permitem traçar o perfil epidemiológico da população e, como consequência, as ações de prevenção, promoção e atendimento à saúde, exemplificam a aplicação de um saber reflexivo. Isso porque esses dados são buscados com o intuito de oferecer mais segurança à população, diminuindo os riscos aos quais ela está submetida, independente de suas vontades. Logo, o conhecimento técnico especializado, que informa os indivíduos sobre os riscos e os cuidados necessários, propiciando mais segurança, não é garantia de que os indivíduos “leigos”¹⁰ aplicarão em suas ações cotidianas esse conhecimento.

Para Giddens (1991), a “modernização reflexiva” permitiu à sociedade se autodestruir e em seguida se recriar, mas sem a necessidade de uma reflexão sobre como romper com um tipo de sociedade e a partir de então criar uma nova. Essa ideia de que a modernização reflexiva acontece de maneira automática, sem reflexão, é apontada em Giddens (1997, p. 17), que diz:

Este conceito não implica (como pode sugerir o adjetivo “reflexivo”) reflexão, mas (antes) autoconfrontação. A transição do período industrial para o período de risco da modernidade ocorre de forma indesejada, despercebida e compulsiva no despertar do dinamismo autônomo da modernização, seguindo o padrão dos efeitos colaterais latentes. Pode-se virtualmente dizer que as constelações da sociedade de risco são produzidas porque as certezas da sociedade industrial [...] dominam o pensamento e ação das pessoas e das instituições na sociedade industrial. A sociedade de risco [...] surge na continuidade dos processos de modernização autônoma, que são cegos, e surdos a seus próprios efeitos e ameaças. De maneira cumulativa e latente, estes últimos produzem ameaças que questionam e finalmente destroem as bases da sociedade industrial.

No conceito de sociedade de risco, para Giddens *et al.* (1997), o indivíduo torna-se um ser reflexivo em autoconfrontação com suas próprias ações e, a partir daí, começa a refletir e a criticar a si mesmo de maneira racional, levantando possibilidades de riscos futuros. Assim, por meio da reflexividade dos indivíduos, é possível prevenir os riscos com base na capacidade que eles possuem de evitarem situações indesejáveis. Os dois autores citados são

¹⁰ Leigo refere-se ao indivíduo que não possui um saber especializado sobre um assunto.

fundamentais para a compreensão dessa temática do risco numa sociedade moderna na qual a vida é incontestavelmente um risco. A formação, de modo mais específico, a EPS e a ideia de problematização, de refletir a partir dos problemas e vivências diárias dos serviços de saúde remonta à perspectiva de Giddens e Beck de reflexividade ou modernidade reflexiva.

Segundo Beck (1997), a modernidade pode ser classificada como simples ou reflexiva. A simples representa a ruptura com a forma de vida nos antigos regimes feudais, o que permitiu criar novas instituições na sociedade moderna. Tomando ainda a primeira acepção adotada, Beck (1997) atesta que a simples se desenvolvia de tal maneira que se podia antever a evolução do capitalismo, sem quaisquer preocupações com os altos riscos produzidos por ela. Com base nisso, Beck (2006) enfatiza haver, nessa sociedade, o aspecto da imprevisibilidade, um processo de reencantamento imposto pelos riscos da sociedade industrial, em virtude da falta de controle. Tais riscos, com origem no triunfo da ordem instrumental racional, constituem as vitórias do industrialismo, da ciência. Dessa forma, o que acarreta mudança na sociedade moderna simples é o dinamismo da sociedade industrial, haja vista que as vitórias do capitalismo produzem diversas mudanças. Em decorrência desse processo, nota-se que o motor das transformações na modernidade reflexiva está nos efeitos e riscos colaterais não percebidos, que confrontam com a sociedade moderna.

Segundo Giddens (1991) e Beck (1997, 2006), a modernidade reflexiva é uma etapa na qual a modernidade simples e o progresso passam pela autodestruição, que ameaça as bases da sociedade industrial, pois nela o progresso produziu riscos que são desigualmente distribuídos. A reflexividade é um processo automático e traz consigo incertezas e ambivalências, uma vez que torna arriscado e perigoso tudo que era confiável e seguro na modernidade simples. Para além dessas questões, ainda há rupturas com as novas formas e instituições criadas pela própria sociedade moderna.

Ainda em concordância com essa temática, Beck e Giddens (1997) atestam que as sociedades modernas vivenciam um estágio de alta modernidade, na qual se observa como característica dominante um elevado grau de reflexividade. Isto é, existe, essencialmente, uma necessidade de refletir sobre si mesma. Isso acontece em razão das maneiras como tais sociedades se desenvolveram, criando problemas e dilemas tão fundamentais que permitem questionar qualquer conhecimento. Assim, do mundo das certezas permanecem apenas as incertezas sobre o futuro. Logo, é a “modernização reflexiva”, determinada por grandes mudanças sociais, que irá apontar o nível de insegurança e de perigo produzido pela “sociedade de risco”.

Portanto, na atual fase do desenvolvimento da sociedade moderna, os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem, cada vez mais, a evadir do controle das instituições da sociedade industrial, que garantem proteção a ela. Isso ocorre de tal modo que o produto mais essencial da sociedade de risco está no fato de as instituições da sociedade industrial se transformarem em agentes produtores e legitimadores de ameaças que escapam ao seu controle. E, em decorrência da globalização, as mudanças na vida cotidiana das pessoas têm alcance mundial, desenvolvendo-se ao mesmo tempo.

Ainda sobre essa temática, a fim de complementar o quadro teórico deste trabalho, segundo a perspectiva de Boaventura Santos (2005, 2006), a modernidade ocidental surgiu como um ambicioso e revolucionário paradigma sociocultural no qual esteve presente a tensão entre regulação social e emancipação social. Mas desde meados do século XIX, com a convergência entre a modernidade e o capitalismo, que essa tensão entrou em um processo de crise de seus pressupostos e das práticas sociais por eles geradas, portanto, o paradigma da modernidade deixa de poder renovar-se. Ou seja, o paradigma sociocultural da modernidade, constituído antes do capitalismo, transforma-se em modo de produção dominante e tende a desaparecer, o que por sua vez é um fenômeno complexo, já que é simultaneamente um processo de superação e de obsolescência. É superação devido a algumas promessas que a modernidade cumpriu, porém, é obsolescência frente àquelas promessas que não conseguiu cumprir.

Para Boaventura Santos (2005), o paradigma da modernidade almejava um desenvolvimento harmonioso entre esses pilares com a pretensão de que esse desenvolvimento fosse traduzido na racionalização harmoniosa da vida coletiva e individual. Porém, o que se viu foi um desenvolvimento desequilibrado, no qual o pilar da emancipação é subjogado ao da regulação e, dessa forma, acarretando para o último a hipertrofia do mercado em detrimento dos princípios do Estado e da comunidade, que por sua vez favorece o desenvolvimento de um consumismo mundial.

Para o autor, não se pode conceber estratégias emancipatórias genuínas no âmbito do paradigma dominante, porque todas elas estão fadadas a transformarem-se em outras tantas estratégias de regulação. Nesse sentido, Santos dedicou-se a trabalhar na emergência de um novo paradigma epistemológico-sócio-político, pelo qual sejam pensadas as transformações e as possibilidades para além do capitalismo e para além das alternativas ao capitalismo produzidas pela modernidade. Os conceitos desenvolvidos têm encontrado respaldo nas ciências sociais, daí se considerar a sua possível aplicabilidade no contexto de análise da formação em saúde.

Ao fazer a distinção entre os pilares da modernidade, Santos (2005, 2007) também revela a tensão dialética entre eles. Embora considere essa dialética mais presente na Europa e países avançados, na sociedade brasileira, ela está ancorada no mercado como seu agente de regulação e no Estado como mediador. Dessa forma, as possibilidades de emancipação entendidas como acesso à cidadania plena deverão dar-se no espaço público, no qual também criam-se possibilidades de rompimento com a dependência social e a desqualificação por parte dos atores vulnerabilizados, o que permite analisar todo um conjunto de resistências à dominação que ele chama de “cosmopolitismo subalterno”. Não há teoria social unificada que possa dar conta plenamente das realidades empíricas diversas presentes na contemporaneidade (PIZZIO & VERONESE, 2008).

Nesse sentido, Santos (2007) destaca que a opção da sociologia pelo conhecimento e emancipação significa passar do monoculturalismo para o multiculturalismo. Todavia, a construção de um conhecimento multicultural implica duas dificuldades: o silêncio e a diferença. A expansão da ciência moderna como conhecimento-regulação (para o qual o ponto de ignorância é o caos e o ponto de saber é a ordem) ensejou um processo de destruição de muitas formas de saber e de ser, o que acabou produzindo silêncios sociais, onde se tornaram impronunciáveis as necessidades e as aspirações de povos ou grupos sociais que tiveram suas formas de saber, viver e sentir destruídas, descredibilizadas (SANTOS, 2005).

Sendo assim, a sociologia das ausências constitui-se em um procedimento investigativo para demonstrar que muitas questões invisíveis foram produzidas por relações sociais injustas e predatórias, portanto, objetivando transformar as ausências em presenças. Segundo o autor, existem formas específicas de produzir não existências que se constituem em monoculturas ou lógicas, que nos orientam a invisibilizar a experiência de suas alternativas credíveis. São elas: a lógica do único saber – a ciência; a lógica da única temporalidade – a linear; a lógica da única cultura – a europeia; a lógica da única escola – a global; e a lógica do único modo de produção – o capitalismo (PIZZIO & VERONESE, 2008).

Para Santos, a Sociologia das Ausências pretende ser uma alternativa epistemológica, que se afirma nas cinco ecologias alternativas à produção de não existência. A noção de Ecologia denota multiplicidades e relações não destrutivas. São elas: ecologia dos saberes, que identifica outros saberes e critérios de rigor; ecologia das temporalidades, que inclui várias temporalidades; ecologia dos reconhecimentos, que busca identificar diferenças iguais em legitimidade; ecologia das transescalas, que busca desglobalizar o local e globalizar a diversidade; ecologia da produtividade, que busca recuperar e valorizar os sistemas

alternativos de produção, as organizações econômicas populares, as cooperativas operárias, as empresas autogeridas, a economia solidária, entre outros (SANTOS, 2007).

A produção social dessas ausências resulta na subtração do mundo, na contração do presente e no desperdício da experiência. A sociologia das ausências questiona cada uma dessas lógicas e propõe substituir as monoculturas por ecologias, o que possibilitaria a disputa epistemológica entre diferentes saberes, a vivência de temporalidades diversas, a recuperação do que no local não é efeito da globalização hegemônica, a valorização de sistemas alternativos de produção e consumo. A sociologia das ausências permite captar e compreender o processo de produção de silêncios sociais nos mais diversos contextos empíricos e, a partir daí, trazer à tona saberes e perspectivas diferenciadas que possam representar toda a riqueza social contemporânea. Nesse processo, os sujeitos fazem-se autores da sua própria vida e da vida coletiva (PIZZIO & VERONESE, 2008).

A Sociologia das Ausências e a das Emergências são complementares: a primeira expande o domínio das experiências sociais já disponíveis e a segunda, o domínio das experiências sociais possíveis. Quanto mais experiências disponíveis, mais experiências possíveis. Quanto maior for a multiplicidade e diversidade das experiências disponíveis e possíveis, maior será a expansão do presente e contração do futuro. Elas objetivam construir novas e plurais concepções de emancipação social em contraposição à do projeto de modernidade, porém, não há garantias de que isso ocorra da forma esperada e que de fato o mundo seja um lugar melhor. Por isso defende-se a expansão do presente e a contração do futuro, pois com a ampliação do campo das experiências há mais possibilidade de avaliar de forma mais adequada as alternativas possíveis e disponíveis.

Segundo Santos (2007), a sociologia das ausências, sendo transgressiva, torna-se uma alternativa epistemológica com vistas a romper com a “monocultura” do saber científico e instituir uma ecologia de saberes. Isto significa haver possibilidade de diálogo até mesmo onde há disputa epistemológica entre diferentes saberes. Trata-se de identificar contextos e práticas, refleti-los e saber aplicá-los dentro de seu próprio tempo e com isso tem-se a possibilidade de desenvolvimento autônomo, esta é a ecologia da temporalidade. A ausência constitui-se num artifício que permite a naturalização da desigualdade entre indivíduos supostamente mais qualificados e aquela população considerada desqualificada. Esse artifício surge como resultado de um acordo social excludente, que não reconhece a cidadania para todos, no qual a cidadania de uns é distinta daquela de outros, assim como também são distintos seus direitos, suas oportunidades e seus horizontes. Defende-se que a sociologia das ausências e esses domínios são um importante caminho para que todos envolvidos nos

processos de formação e de trabalho em saúde tornem-se sujeitos sociais, pois percebem o cotidiano como lugar de permanente revisão, sem uma temporalidade linear, onde haja produção de subjetividades e de problematizações.

A sociologia das emergências baseia-se no conceito de Ainda-Não, que é capacidade e possibilidade concretas que questiona as determinações de um dado momento. Enquanto a sociologia das ausências encontra-se no campo das experiências sociais, a sociologia das emergências está no das expectativas (SANTOS, 2007). Dessa forma, o que já foi realizado quanto à formação em saúde está circunscrito ao campo da sociologia das ausências, devido às experiências vivenciadas na área. Mas o que se projeta de mudanças para a saúde, sob a perspectiva da formação, está no campo da sociologia das emergências, pois acredita-se no potencial transformador das práticas e dos saberes em saúde, por meio da articulação entre ensino, trabalho e gestão. A possibilidade de um futuro melhor está no presente desde que ele seja reinventado e ampliado pela sociologia das ausências e das emergências.

Desse modo, acredita-se que a formação em saúde é um instrumento determinante para as melhorias dos serviços, porém ela é marcada pelos ditames das políticas públicas de saúde, que surgiram no ocidente no século XIX. A saúde tornou-se um mecanismo de potencialização da vida e das políticas públicas, além de se constituírem em respostas às demandas sociais, também podem ser consideradas como estratégias de regulamentação do corpo social. Nesta perspectiva, é pertinente apresentar e discutir as dimensões que relacionam a formação e o mundo do trabalho.

2.4 ESTREITANDO A RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE: A EPS COMO POSSIBILIDADE DE CONSTRUIR NOVAS REALIDADES PARA A SAÚDE

No Brasil, os princípios do SUS, entre eles o da integralidade, acarretaram um profundo processo de mudança na forma de atenção à saúde, que deixa de ter o foco exclusivamente nas ações de caráter curativo, passando a ser também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Diante dessa perspectiva de mudança do trabalho em saúde, fez-se necessário redimensionar a formação dos trabalhadores da saúde. Para isso, o Ministério da Saúde criou políticas visando à mudança de estratégia e organização relativa à

formação e à atenção em saúde, para dessa forma, preparar o trabalhador segundo os princípios do SUS.

A partir da inserção da saúde pública como dever do Estado brasileiro, muitas políticas públicas na área da saúde foram formuladas para que o Estado pudesse dar conta das demandas da população. No caso das políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde (FRHS), o foco é a qualificação do trabalhador para atuar de acordo com os princípios do sistema público de saúde frente à inadequação da formação tradicional. Desse modo, fez-se necessário rever a formação dos profissionais para atuarem nos serviços de saúde. Contudo, tal revisão não é suficiente para uma mudança efetiva que possa acompanhar a dinamicidade do trabalho em saúde.

A EPS é uma das possibilidades de formação em saúde que, segundo o Ministério da Saúde, “sugere 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, 2004b, p. 10). Portanto, uma das características definidoras da proposta é que a mudança de estratégia e organização do exercício de formação e de atenção em saúde terá que ser construída na prática concreta do fazer em saúde, problematizando, reconceituando e constituindo-se num agregado de iniciativas que passem a incluir processos de transformação tanto de práticas de formação quanto de práticas de saúde (FOUCAULT, 2008; SANTIN & HILLESHEIM, 2011).

Em algumas propostas de formação em saúde é possível entrever a mudança nos mecanismos de poder: o interesse está em promover a autonomia do trabalhador e seu envolvimento com a gestão do trabalho em contraposição a um trabalhador disciplinado, que tem no seu corpo uma máquina de realizar tarefas. A partir da discussão já feita, na virada do século as bases materiais de produção e acumulação fordista foram alteradas para um modelo de produção flexível, logo, para atender às mudanças nas formas de organização da produção, é necessário mudar também o modo de formação. Mas resta a seguinte questão: o que vem a ser a formação humana nos dias atuais e qual relação ela estabelece com o novo modelo de produção?

Para Santana (1992), ao tema de recursos humanos de saúde interessa analisar as características e as tendências históricas do mercado de trabalho e da estrutura ocupacional da saúde, isto é, do conjunto de práticas e relações de trabalho articuladas na produção de bens e serviços de saúde. A partir do advento do capitalismo, a visão sobre a formação humana ganhou uma nova perspectiva, bem como o mundo do trabalho, que requer um trabalhador com base em novas técnicas de disciplina e racionalidade.

A mudança da base eletromecânica para a base microeletrônica, ou seja, dos procedimentos rígidos para os flexíveis, que atinge todos os setores da vida social e produtiva nas últimas décadas, passa a exigir o desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais, tais como análise, síntese, estabelecimento de relações, rapidez de respostas e criatividade em face de situações desconhecidas, comunicação clara e precisa, interpretação e uso de diferentes formas de linguagem, capacidade para trabalhar em grupo, gerenciar processos, eleger prioridades, criticar respostas, avaliar procedimentos, resistir a pressões, enfrentar mudanças, aliar raciocínio lógico-formal à intuição criadora, estudar continuamente, e assim por diante. (KUENZER, 2002, p. 169)

Com base na citação acima, pode-se inferir que: não se altera a base material da organização produtiva, sem que tal ação tenha consequências para os processos educativos e de qualificação da força de trabalho. Ainda de acordo com Kuenzer (2002; 1998), a organização produtiva bem como os cursos de especializações e de formação voltados ao desenvolvimento de habilidades psicofísicas, fundamentais ao modo de produção do taylorismo/fordismo, cederam lugar à produção flexível e à formação visando desenvolver competências cognitivas complexas, necessárias à formação do trabalhador no toyotismo.

Para tanto, é essencial que se desenvolva uma nova pedagogia capaz de atender as exigências dos processos de valorização do capital, tendo como base os princípios do toyotismo, isto é, trata-se de criar uma pedagogia das competências, que esteja pronta para satisfazer as necessidades do capital. Desde o final dos anos 1980 que se propõe a formação desse novo tipo de trabalhador, que retoma a tese do capital humano.

A direção das políticas educacionais é discutida por diversos autores, sendo que muitos deles demonstram o quão subordinado é o governo brasileiro aos interesses e determinações dos organismos internacionais na definição das políticas educacionais.

Para Libâneo (2002), as reformas educativas têm como objetivo reaproximar a educação da economia, mas com mudanças quanto à proposta dos economistas da educação nos anos 1950, com a ‘teoria do capital humano’, como foi denominada. Isso significa que, frente a um novo modelo de produção e também das novas tecnologias, foram necessárias reformas educativas voltadas à formação de trabalhadores para o enfrentamento da competitividade econômica internacional.

Ainda nessa temática do capital humano, Frigotto destaca a atuação do neoliberalismo nas questões educativas, em especial, ao explicitar as investidas neoliberais na revitalização da Teoria do Capital Humano, como se observa a seguir:

[...] podemos perceber que tanto a integração econômica quanto a valorização da educação básica geral para formar trabalhadores com capacidade de abstração,

polivalentes, flexíveis e criativos ficam subordinados à lógica do mercado, do capital e, portanto da diferenciação, segmentação e exclusão. Neste sentido os dilemas da burguesia em face da educação e qualificação permanecem, mesmo que efetivamente mude o seu conteúdo histórico e que as contradições assumam formas mais cruciais. (FRIGOTTO, 1995, p. 145)

Dessa forma, não se pode prescindir da inserção de conceitos ressignificados, tão caros às novas imposições das formas de sociabilidade capitalista. Observa-se, em concordância com Kuenzer (2002), que a educação no sentido da formação, está cada vez mais vinculada às necessidades do mercado. Isso significa uma profissionalização enviesada pela escolaridade, para que os sujeitos sociais tenham as condições necessárias no competitivo mercado de trabalho. É nesse sentido que a Teoria do Capital Humano é retomada.

Porém, não se pode deixar de mencionar que há perspectivas críticas quanto a essa relação determinante do aumento da profissionalização por meio da escolarização, como instrumento capaz de garantir tanto o acesso quanto a ascensão social e econômica dos trabalhadores. Pois, com o tempo, foi possível verificar a inadequação dessa fórmula, já que a desigualdade social característica da sociedade brasileira não tem um único fator explicativo assentado na distribuição desigual do conhecimento. Antes, a explicação encontra-se na tendência histórica desta sociedade e do seu sistema econômico de concentrar a riqueza e como corolário, em geral, isso resvala no acesso a bens: social e cultural, dos quais o conhecimento faz parte.

Desse modo, a Teoria do Capital Humano negligencia a relação intrínseca entre o acesso à produção cultural como reflexo das desigualdades geradas pelo modelo capitalista de produção. Por fim, a educação não consegue corrigir questões já enraizadas na estrutura econômica existente no Brasil.

Ainda nessa perspectiva, mas demonstrando também que o Estado acaba por se “desresponsabilizar” pela oferta de pleno emprego, Gentili (1998, p. 81) diz:

[...] passou-se de uma lógica de integração em função de necessidades e demandas de caráter coletivo (a economia nacional, a competitividade das empresas, a riqueza social, etc.), a uma lógica econômica estritamente privada e guiada pela ênfase nas capacidades e competências que cada pessoa deve adquirir no mercado educacional para atingir melhor posição no mercado de trabalho. Morta definitivamente a promessa do pleno emprego, restará ao indivíduo (e não ao Estado, às instâncias de planejamento ou às empresas) definir suas próprias ações, suas próprias escolhas que permitam (ou não) conquistar uma posição mais competitiva no mercado de trabalho.

O autor reconhece que, com a crise do capitalismo contemporâneo, o processo educativo adquiriu uma nova função econômica, pois a educação, sob o enfoque economicista

do Capital Humano, tornou-se o meio pelo qual é possível intensificar o crescimento econômico. Gentili (1998) ainda aponta para o fato de que a apropriação da Teoria do Capital Humano pelo neoliberalismo gerou conseqüências para a subjetividade do trabalhador. É nesse sentido que o autor afirma que: “há um deslocamento da educação, de projeto de sociedade para projeto individual [...]” (idem, p. 102).

É nesse contexto de desintegração, propiciado pela potencialização do indivíduo sobre o coletivo, que o discurso da empregabilidade vinculado à escolaridade, cada vez mais é levado à esfera privada. Este é o modelo toyotista, que articula a competência e empregabilidade. Isso implica transferir ao indivíduo a responsabilidade de se qualificar para, em seguida, ocupar ou se recolocar no mercado de trabalho, em outras palavras, a empregabilidade depende do indivíduo. Esta é uma tática visivelmente adotada nos processos de formação humana (GENTILI, 1998; RAMOS, 2002).

Observa-se que a competência como norte para o plano educacional expressou-se, num primeiro momento, no ensino técnico profissionalizante, uma vez que esse tipo de ensino vincula-se de forma mais direta ao processo produtivo, em seguida, tal modalidade de ensino foi inserida na educação como um todo.

A partir da Lei de Diretrizes e Bases, LDB 9.394/96, introduziu-se a concepção de competência nas diretrizes curriculares e no trabalho pedagógico inserindo conteúdos voltados para a construção de competências, desde o ensino fundamental. O Ministério da Educação (MEC) também definiu novas diretrizes educacionais para o ensino médio e para a educação profissional, sobretudo para os níveis técnico e tecnológico, a fim de atender à demanda de uma sociedade pós-industrial. Isso significou que a reforma teve para o ensino médio o firme propósito de romper com a percepção acadêmica voltada estritamente para o acesso ao ensino superior e propiciar ao aluno uma adaptação ao modelo produtivo.

Sobre a educação profissional de nível técnico, a reforma propôs o desenvolvimento de competências que proporcionem as condições necessárias ao trabalho e ao exercício da cidadania, para que o trabalhador mantenha-se empregável mesmo em contextos de instabilidades social e econômica. Partindo de uma perspectiva crítica à proposta dessa reforma que retorna à ideia de um ensino profissionalizante, para Kuenzer (2002), a política educacional negligencia a desigualdade como uma das particularidades do modelo econômico brasileiro, portanto, expressa apenas uma solução ideológica. Nesse sentido, as reformas educativas buscam mascarar a exploração, pois desconsideram tanto as diferenças entre países ricos e pobres e as especificidades de cada região e Estado, o que faz parecer que o capitalismo e seu modo de produção, por meio de concepções carregadas de ideologia, não

encerram os mais profundos conflitos e contradições. A empregabilidade é um desses conceitos com forte influência ideológica, uma vez que naturaliza o trabalho precário levando à assimilação da flexibilidade como meio de manter a sua empregabilidade (KUENZER, 1998; 1985).

Contudo, a despeito de todas as críticas que se possa fazer às diretrizes curriculares do ensino médio e da educação profissional propostas pela LDB/96, este trabalho reconhece e reafirma a importância da educação, enquanto instrumento capaz de assegurar a qualificação da força de trabalho e para as outras dimensões do processo social.

O sentido da crítica está nas entrelinhas do processo de formação dos trabalhadores, que os prepara para as formas de trabalho precário e os reduz a meros vendedores de força de trabalho para ser trocada no mercado. A qualificação refere-se à capacidade de trabalho, que transforma os sujeitos sociais em mercadoria. A competência, por sua vez representa as múltiplas possibilidades do capital usar essa capacidade de trabalho estritamente para atender da melhor forma as suas necessidades.

Apontando para uma possibilidade de resposta, recorre-se a um dos autores que discute a formação em saúde, com destaque para EPS, pois é uma forma de integrar o ensino com o trabalho. Para Ceccim (2005; 2006), a EPS é uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e/ou da formação em saúde em análise, o que possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação os atos cotidianos. Porém, para o autor, a formação ainda é vista como atividade secundária na política de saúde, que pretende administrar os trabalhadores tal como os recursos financeiros e materiais, “ensinando” habilidades e comportamentos para alcançar a qualidade dos serviços. Nesse sentido:

Parece-nos impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde. A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. (CECCIM, 2005, p. 163)

O autor destaca a importância da formação para o devido envolvimento dos trabalhadores com as políticas e o trabalho em saúde.

A formação em saúde conta com dois principais modelos de educação: a Educação Continuada (EC) e a EPS, que são definidos pelo MS da seguinte forma:

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

Os processos de formação baseados na concepção de *Educação Permanente* destinam-se a públicos *multiprofissionais*; inserem-se de forma *institucionalizada* no processo de trabalho; possuem enfoque nos *problemas de saúde*; objetivam a *transformação das práticas técnicas e sociais*; são *contínuos*; utilizam-se de *pedagogias centradas na resolução de problemas* (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuadas nos mesmos ambientes de trabalho; apresentam como resultado a *mudança institucional*, a *apropriação ativa do saber científico* e o *fortalecimento das ações em equipe* (Brasil, 2004b).

Nesse sentido, a interação entre as dimensões da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a capacidade de crítica. Sendo assim, a aprendizagem significativa associar-se-ia ao que Ceccim e Feuerwerker (2004) denominam “quadrilátero da formação”, que amplia o âmbito da EPS:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade; **b) análise das práticas de atenção à saúde:** construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico; **c) análise da gestão setorial:** configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários; **d) análise da organização social:** verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde. [...] Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas. (CECCIM, 2004, p. 166)

A passagem acima sugere que todos os envolvidos no processo se tornem sujeitos sociais, pois percebe o cotidiano como lugar de permanente revisão, onde há produção de

subjetividades, de problematizações. "Precisamos desaprender o sujeito que somos, [...] precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho" (CECCIM, 2005, p. 167). Só assim a Educação Permanente em Saúde será uma prática consolidada e com resultados que favorecem tanto a população usuária dos serviços, quanto os profissionais da área. Disso pode-se inferir que, enquanto os sujeitos envolvidos não forem sujeitos de fato do processo de saúde, todas as ações da EPS poderão, em alguma medida, reafirmar os interesses do sistema econômico excludente, que se pauta em políticas neoliberais.

Sendo assim, a participação social no processo de consolidação do SUS é fundamental para que os indivíduos possam absorver a conquista da cidadania e tomar ciência dos atos governamentais e assim, consubstanciar a democracia. Uma das causas relacionadas ao insucesso da democracia está ligada ao "poder invisível", que assim é denominado porque se escamoteia em deliberações "secretas", distante dos governados, de modo que se torna impossível a fiscalização desse poder (BOBBIO, 2000). Para Bobbio (2000, p. 41): "Como é bem conhecido, a democracia nasceu com a perspectiva de eliminar para sempre das sociedades humanas o poder invisível e de dar vida a um governo cujas ações deveriam ser desenvolvidas publicamente [...]".

Na proposta da EPS, os PEPS constituíram os espaços interinstitucionais do "quadrilátero da formação" que tinham o objetivo de superar a racionalidade gerencial hegemônica verticalizada, ao democratizar as decisões da EPS com seus representantes. O Departamento de Educação e Gestão em Saúde (DEGES) acredita que, diferentemente da noção programática de implementação de práticas educativas (previamente selecionadas), como acontecia nos programas de educação continuada tradicionais, a PNEPS pode congrega, articular e colocar em rede por meio dos PEPS, diferentes atores (quadrilátero da formação), destinando a todos um lugar de protagonista na condução dos sistemas de saúde locais. Segundo o DEGES, com base em uma lógica descentralizadora e democrática, a ideia inicial pautou-se pela ampliação dos espaços de liberdade dos trabalhadores na conformação das práticas e na criação de espaços de convivência comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários (BRASIL, 2004a). Assim, na PNEPS, a Educação Permanente em Saúde toma contornos diferenciados da proposta original da OPAS:

somente a "aprendizagem significativa" seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano, mas na aposta de que trata este texto, a Educação Permanente em Saúde configurou-se do desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais da área, na atenção em

saúde, na gestão setorial e no exercício do controle social no setor. (CECCIM, 2005, p. 982)

Na série Pactos pela Saúde da PNEPS, Davini (2009) considera que a mudança institucional é a orientação essencial nos processos de educação permanente. A aprendizagem do trabalhador, neste sentido, converte-se não apenas em um saber desinteressado, mas também em uma ferramenta de intervenção institucional, que gere compromisso nos trabalhadores. Enfim, a concepção de EPS na PNEPS ampliada baseia-se na descentralização dos processos de gestão, pauta-se na ideia do quadrilátero da formação, tem como premissa básica a problematização, a aprendizagem significativa da vertente freireana, associada à ideia de autoanálise e autogestão da vertente institucionalista, que tem como objetivo central formar atores mais comprometidos com o processo de transformação do SUS.

As teorias críticas que envolvem trabalho e educação sem saúde podem, em algum momento, servir a interesses mercadológicos, pois como diz Coutinho (2010), elas podem ser cooptadas pelas políticas neoliberais. Por outro lado, a proposta de educação dos trabalhadores pode implicar resistência à opressão, à precarização das condições de trabalho e de vida e se tornar instrumento de luta e transformação. E é dessa forma, marcada por conflitos, que a relação trabalho e educação é tensionada ora pelas políticas neoliberais, ora pelos trabalhadores e usuários do SUS.

As situações e condições de trabalho exigem do trabalhador uma capacidade de resolver questões inesperadas no cotidiano, portanto, passam a requisitar uma nova subjetividade do trabalhador da saúde, que para atendê-la necessita de um maior investimento na sua formação intelectual. Precisa-se de um sujeito mais capaz de trabalhar e aprender cooperativamente em equipe, afastando-se do modelo de divisão de tarefas. Tal como no toyotismo, objetiva-se pela EPS a construção de um trabalhador mais envolvido com a produção de saúde, superando a fragmentação e desumanização da forma atual de trabalho (LEMOS, 2010).

Com essa perspectiva, principalmente após a criação da Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007a), o DEGES enfatiza a formação de competência para o planejamento e para a gestão da saúde pública, incluindo os serviços e as academias e a PNEPS tem como um de seus pontos fortes a competência do aprender a ser. Para Merhy (2004; 2005), a educação assume um caráter bastante instrumental, destacando a competência do aprender a fazer, restringindo seu caráter transformador anunciado nos documentos à uma adaptação às problemáticas do Pacto pela Saúde. A micropolítica do trabalho vivo pressupõe um processo

ativo no mundo do acolhimento, da alteridade, tornando o mundo arte-invenção permanente. Assim sendo há uma valorização do aprender a ser, no âmbito das tecnologias leves que para Merhy (2005, p.172) está na “construção da competência do trabalhador [...] enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de outro, material e subjetivamente constituído [o usuário, individual e/ou coletivo]”.

Nesse sentido, da busca pela aquisição da competência para trabalhar em equipe, a Estratégia de Saúde da Família é um programa do SUS que cumpre esse propósito, daí a relevância de analisar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como espaço de transformação a partir da EPS. O processo educativo permite, além das trocas, a construção de uma visão mais ampla e coletiva do trabalho que, mediado pelo trabalho em equipe, reafirma a importância da cooperação para alcançar objetivos, dentre eles, o de aprimorar o cuidado com a comunidade (PAULINO, 2008).

Essa proposta de aproximação dos profissionais da área da saúde com a comunidade remete a Foucault (2008), pois já no século XVIII apresentava a hospitalização a domicílio e a distribuição gratuita de medicamentos pelos médicos. Segundo o autor, a Revolução intensifica os programas voltados à substituição do hospital pela atenção domiciliar. Contudo, o hospital não desaparece e percebe-se a necessidade de torna-lo um espaço funcional e eficaz na assistência terapêutica, para receber os doentes encaminhados por parecer médico.

Fazendo uma analogia, a proposta da ESF hoje, como programa de prevenção e promoção da saúde, se assemelha a ideia colocada no texto de Foucault, pois a ESF busca a integração com a comunidade, com visitas domiciliares feitas por profissionais da equipe de saúde, a distribuição gratuita de alguns medicamentos para a população. Dessa forma, a ESF pode ser entendida como mecanismo capaz de desafogar os hospitais públicos e assim melhorar o atendimento da rede pública de atenção à saúde.

CAPÍTULO 3

PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista a consistência dos documentos e referenciais analisados e que foram explorados de forma densa é que este trabalho apresenta-se como uma pesquisa de caráter também exploratório. Nesse sentido, segundo Minayo (2006, p. 89), “a fase exploratória da Pesquisa é tão importante que ela em si pode ser considerada uma pesquisa exploratória”. As pesquisas exploratórias objetivam proporcionar uma visão geral sobre determinado fato e envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Este tipo de estudo busca apreender um fenômeno na sua totalidade, descrevendo de forma criativa, interpretando a complexidade de um caso concreto, a partir de uma variedade de evidências que devem constituir uma base de dados ao longo da investigação, formando uma cadeia de evidências relevantes (MINAYO *et al.*, 2005).

Acredita-se que a abordagem hermenêutica seja a mais apropriada, dada a sua preocupação com a compreensão tanto dos atores sociais, quanto do próprio investigador, que, por sua vez, compartilha com o ator observado o seu próprio mundo de significados, crenças, cultura.

Ricoeur (1995) aponta na hermenêutica uma distinção entre diálogo (falar/ouvir) e discurso (texto escrito). Contudo, a experiência vivida pelo narrador é algo privado, pois o pesquisador não pode vivenciar a experiência do outro, logo, o que é comunicado é a significação da experiência. A significação da experiência é relevante porque refere-se ao modo como os indivíduos compreendem, organizam e expressam suas vivências. É que a linguagem e seus mecanismos (narrativa, por exemplo) contribuem para a compreensão das significações, pois permitem aos indivíduos não apenas contar sua história, mas se localizar nela, a partir do seu campo social e, assim, contar e (re)contar de várias formas sua trajetória de vida.

O método da hermenêutica permite compreender as experiências singulares contextualizadas pelas interações social, cultural e econômica. A dialética favorecerá a apreensão dos relatos dos sujeitos sociais envolvidos, suas interpretações, construções e reconstruções de suas experiências, (re)significando o mundo sociocultural a partir da

formação e do trabalho em saúde. Diante disso, deve-se ressaltar que a pretendida metodologia hermenêutica-dialética possui formas de análise diferentes uma e outra, mas que se complementam, pois “a hermenêutica busca as bases da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio da contradição como algo permanente e que se explica na transformação” (MINAYO, 2006, p. 347-348).

Com base nesse entendimento, o modelo teórico adotado na pesquisa se caracteriza por ser um sistema de relações entre propriedades selecionadas e simplificadas, construído de forma consciente para descrever e explicar os fatos estudados, devendo romper com semelhanças fenomenais e construir analogias mais profundas. Ao pesquisador cabe, além de realizar a experiência e a observação, fazer perguntas e interpretá-las. A pesquisa bem construída permite ao pesquisador não só refletir sobre os resultados, até mesmo os negativos que são produzidos, mas se interrogar sobre as razões dos fatos.

Para tanto, a opção foi pela abordagem qualitativa, tendo em vista o exposto por Minayo (2006, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Como técnica qualitativa, a entrevista semiestruturada foi escolhida como sendo a mais adequada para a realização desta pesquisa. Uma característica desse tipo de pesquisa é facultar ao entrevistado falar de forma bastante livre sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema central, sem ficar preso aos questionamentos formulados (MINAYO, 2006). Com base nisso, o roteiro de entrevistas elaborado (Anexo D) visa facilitar e promover a comunicação entre o pesquisador e os pesquisados, além de, como já afirmado, ser utilizado como instrumento para apreender a percepção das entrevistadas. A entrevista, de acordo com Minayo (2006, p. 65):

Refere-se a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e trata da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivenciam. [...] Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

O roteiro das entrevistas foi construído com base em eixos temáticos (Anexo D), que ao longo da pesquisa puderam se modificar, em função das situações encontradas no campo. Esta pesquisa foi formulada mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para preservar os direitos dos participantes. E foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (Anexo E).

Este trabalho objetivou conhecer e analisar a formação em saúde **em Goiânia e região metropolitana**, no nível da pós-graduação *lato sensu*, com a finalidade de mapear e apreender como tem sido essa formação no Estado. Para contemplar tal proposta de estudo, esta pesquisa elegeu, como recorte temporal e político, o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente, em vigor no Brasil desde 2004. Buscou-se também identificar a oferta de cursos direcionados à formação de profissionais que compõem a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como tentativa de fortalecer as práticas de promoção e prevenção de saúde, construídas em meio ao movimento de Reforma Sanitária e difundidas pelo SUS.

A fim de cumprir a proposta desta pesquisa de conhecer como tem acontecido a formação em saúde, a opção metodológica consistiu em uma investigação qualitativa, de caráter exploratório, que tentou resgatar elementos históricos de fundamental importância para o desenvolvimento da atual PNEPS, com destaque para a pedagogia da problematização no processo de integração entre ensino e serviço. A partir dessa compreensão é que se projetou o reflexo das políticas de educação em saúde instituídas no Brasil nas últimas décadas, com base nos pressupostos pedagógicos desenvolvidos pela atual PNEPS, relacionando as concepções que a originaram, contextual e historicamente e que relacionam o ensino com as práticas de trabalho. Para tanto, foram escolhidas como fontes de informação o levantamento documental e entrevistas.

Desse modo, num primeiro momento fez-se um resgate documental dos cursos de pós-graduação *lato sensu* na área da saúde oferecidos por três instituições de ensino superior no período de 2004 a 2013, após a implementação da PNEPS. O levantamento desses cursos foi realizado nas respectivas coordenações de pós-graduação e o conteúdo foi analisado com ênfase nas referências à integração ensino-serviço. Tal revisão dos documentos permitiu percorrer parte da trajetória dos processos de formação de recursos humanos **em saúde na região metropolitana de Goiânia**.

O Estado de Goiás está situado na região Centro-Oeste do país e é o sétimo estado em extensão territorial. Goiás limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas

Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso. O estado goiano possui 246 municípios e uma população de 6.154.996 habitantes. Goiânia, sua capital, fundada em 1933, é o núcleo polarizador da Região Metropolitana, aglomerado de vinte municípios que abriga 2,238 milhões de habitantes, segundo estimativa do IBGE/2012, sendo 1.333.767 a população de Goiânia, **que é considerada um** centro de excelência em medicina (SEPLAN, 2014)¹¹.

No entanto, no levantamento documental acerca dos cursos oferecidos algumas lacunas foram percebidas e, na expectativa de preenchê-las, buscou-se na fala de sujeitos-chave a possibilidade de elucidar algumas questões que os documentos sozinhos não responderam. Nesse sentido, para contemplar a fala desses sujeitos, elegeu-se como recurso as entrevistas semiestruturadas, que foram feitas com gestores da área de saúde e representantes das instituições de ensino selecionadas. A seguir, no Quadro 1, são apresentados os sujeitos entrevistados e as respectivas instituições nas quais eles estão ou estiveram representando.

QUADRO 1. Apresentação das entrevistas.

Entrevistado	Instituição
Testemunha 1	Escola de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago/SES
Testemunha 2	Secretaria Municipal de Saúde
Testemunha 3	Universidade Federal de Goiás
Testemunha 4	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Testemunha 5	Centro Universitário-UniEVANGÉLICA
Testemunha 6	Rede de Escolas/ENSP/FIOCRUZ ¹²

A rede atual de instituições públicas e privadas de ensino existente no Estado de Goiás oferece condições adequadas para a qualificação de mão de obra técnica, tanto de nível médio, como de nível superior, destacando-se: a Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Estadual de Goiás (UEG), Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG) com quinze campus, quatro instituições municipais distribuídos em várias regiões do Estado, além das instituições privadas de ensino superior com 74 estabelecimentos (SEPLAN, 2014).

Como são muitas as instituições de ensino superior em Goiás, o critério utilizado para selecionar as Instituições de Ensino participantes desta pesquisa foi o curso de medicina, cujo profissional compõe a equipe mínima da ESF, porém que já tenha formado turma. Portanto,

¹¹ Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Goiás.

¹² A Rede de Escolas/ENSP/FIOCRUZ não é

das quatro possíveis IES no Estado de Goiás, três encaixaram no perfil e fizeram parte desta pesquisa. Dessa forma, a investigação e levantamento de informações acerca dos cursos aconteceram em três Universidades de Goiás: Universidade Federal de Goiás; Pontifícia Universidade Católica e Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Todavia, ao longo do caminho sentiu-se a necessidade de conhecer a Escola de Saúde Pública de Goiás Candido Santiago (ESAP), mesmo ela não sendo uma IES, pois falar de formação em saúde em Goiás implica em apresentar a importância e o papel desempenhado pela ESAP e que está diretamente vinculada aos serviços de saúde pública.

Por se tratar de questões que discutem a educação e o trabalho num contexto de problematização, fez-se necessário uma revisão bibliográfica especializada e extensa, porém não exaustiva, nos campos da educação e do trabalho sobre algumas concepções que permeiam essa temática para constituir o quadro teórico de referência deste estudo.

O resgate documental sobre os cursos oferecidos na área da saúde para sujeitos graduados permitiu construir alguns quadros que retratam os esforços empreendidos para a formação em saúde em Goiás sob a perspectiva da EPS, fundamentalmente na integração entre trabalho e ensino. A seguir tem-se uma descrição do campo quanto ao levantamento documental dos cursos oferecidos pelas IES selecionadas que contemplam a proposta deste trabalho. A análise desses documentos e das entrevistas constituiu-se em base de fundamentação desta pesquisa, apoiando as reflexões e análises que serão apresentadas no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

A década de 1950 foi marcante porque ocorreu a expansão do ensino superior em nível nacional. O Decreto-Lei nº 8.457, de 26 de dezembro de 1945, favoreceu o movimento expansionista promulgado pelo presidente provisório José Linhares, que tornou mais flexível a implantação de uma universidade. Nessa década, Goiás crescia rapidamente, recebendo significativo fluxo migratório decorrente da construção de Brasília, da estrada Belém-Brasília e da implantação de colônias agrícolas no interior do Estado. Desse modo, Goiás inseria-se no contexto nacional-desenvolvimentista e a economia goiana crescia e se diversificava. Tal conjuntura afetou diretamente o ensino superior, com a criação, de 1951 a 1959, de sete faculdades, sendo quatro públicas e três particulares (mantidas pela Igreja Católica). Ainda em 1959 foi criada a Universidade de Goiaz (BALDINO, 1991).

A Universidade de Goiás foi criada pelo Decreto presidencial nº 47.042, de 17 de outubro de 1959, constituindo-se a partir de um núcleo de 7 institutos: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (1948); Faculdade de Ciências Econômicas (1951); Faculdade de Farmácia e Odontologia (1945); Faculdade de Direito (1959); Escola de Enfermagem (1941); Belas Artes e Arquitetura (1952); e de Serviço Social (1957). Após a Reforma Universitária de 1968, por meio do Decreto presidencial nº 68.917, de 19 de julho de 1971, a Universidade de Goiás passou a denominar-se Universidade Católica de Goiás. Um ano depois de criada a Universidade de Goiás, o Presidente JK aprovava também o projeto de criação da Universidade Federal de Goiás, por meio do Decreto nº 3.834-C, de 14 de dezembro de 1960, com a reunião de cinco escolas superiores que existiam em Goiânia: a Faculdade de Direito, a Faculdade de Farmácia e Odontologia, a Escola de Engenharia, o Conservatório de Música e a Faculdade de Medicina (BALDUÍNO, 1991; DOURADO, 2001).

Em 1959, os docentes das cinco escolas que constituíram a UFG na sua fundação formaram a “Comissão Permanente para a Criação da Universidade do Brasil Central”, presidida pelo professor Colemar Natal e Silva, então diretor da Faculdade de Direito de Goiânia. O objetivo da comissão era formular um projeto de criação da universidade e entregá-lo ao Congresso Nacional. Em paralelo à mobilização dos professores, os estudantes

goianos promoveram um movimento vigoroso pela criação de uma universidade pública, a ser mantida pelo governo federal¹³.

Seguindo a trajetória de desenvolvimento de ações referente à educação profissional em saúde, foi estimulada a implantação gradativa do Centro de Formação de Recursos Humanos para a Área da Saúde (CEFOR) em cada uma das unidades da federação. Sua origem remete ao Projeto Larga Escala, reconhecido pelo sistema de ensino, que futuramente seriam as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Ramos (2006) considera que a criação dos centros formadores visava a romper com práticas de treinamento que se baseavam na transmissão fragmentada e distorcida de informações e de fatos. A tentativa era de unir trabalho e ensino, levando ao desenvolvimento de estratégias pedagógicas que tanto facilitassem a apropriação do conhecimento quanto possibilitassem a crítica às condições de trabalho, ao invés de promover a adaptação ao existente. A intenção era construir planos pedagógicos que integrassem trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade. Segundo Ramos,

A crítica ao modelo de treinamento como instrumento para tornar as pessoas aptas ao fazer pragmático e imediato, por um lado, e ao ensino transmissivo de conteúdos e descolado da realidade dos serviços, por outro, é a base para a construção de uma nova perspectiva pedagógica adotada por essas escolas a partir da década de 1980. (RAMOS, 2005, p. 5)

O trecho a seguir identifica o processo de criação do CEFOR em Goiás: “Foi criado em 1997, como uma escola técnica do SUS, uma escola de formação de enfermeiro, depois ela deu continuidade em 2002, que foi quando criou o Centro de Educação Profissional, só depois é que se criou a ESAP” (Entrevista 1).

Sendo assim, o Estado de Goiás criou, em 2005, a Escola de Saúde Pública Cândido Santiago (ESAP), por meio da Lei 15.260, mas vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. À escola compete a educação profissional e tecnológica, com o intuito de formar, capacitar e qualificar profissionais da saúde pública. Discute-se a demanda pelos cursos em instâncias loco-regionais, chamadas de Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) e depois aprovadas pelo Colegiado de Gestão Regional. Dentre as missões da ESAP está o desenvolvimento de ações para promover a formação e a educação permanente (EP) dos trabalhadores da saúde e tudo isso em parceria com instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Goiás (UFG) (GOIÁS, 2005).

¹³ <http://www.ufg.br/pages/63408-historia>

4.1 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)

A UFG se consolidou como uma instituição de excelência na promoção da melhoria da vida e do desenvolvimento social e, em 14 de dezembro de 2010, comemorou cinquenta anos de existência. A Universidade Federal de Goiás desenvolve suas atividades voltadas à pesquisa, extensão, cultura e à formação de profissionais capacitados nos campus de Goiânia, Catalão, Goiás e Jataí. A universidade foi criada por meio da Lei nº 3.834-C, assinada por Juscelino Kubitschek, em meio a muita expectativa popular, em especial, quanto ao desenvolvimento socioeconômico da região. Nessa perspectiva, a interiorização da universidade permite uma sociedade mais equilibrada e mais sustentável, do ponto de vista ambiental, econômico e social (GOIÁS, 2010)¹⁴.

A Universidade Federal de Goiás tornou-se uma instituição pública de ensino superior, que contribui com o desenvolvimento da sua região e comprometida com a sociedade a qual serve. No nível da graduação, a UFG oferece os seguintes cursos na área de ciências da saúde: enfermagem; farmácia; medicina; fisioterapia; nutrição e odontologia.

Para efeito deste estudo, o levantamento realizado sobre a oferta de cursos de especialização não incluem os cursos de fisioterapia e nutrição, haja vista que eles não pertencem à composição das equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Cabe ressaltar, que no caso do curso de medicina, mesmo integrando a equipe mínima da ESF, não se obteve resultado dentro do recorte desta pesquisa. Foram encontrados cursos de Residência Médica, pois esta tem sido uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, desde que foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977¹⁵. No entanto, dada a especificidade das Residências Médicas, optou-se não estudá-las.

A Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) é responsável pelos cursos de pós-graduação em todos os níveis, sendo que serão analisados os cursos oferecidos no nível da pós-graduação *lato sensu* (especialização) dentro da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Diante do exposto, observa-se a seguir os seguintes cursos voltados à formação de profissionais na área de saúde:

¹⁴ Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos. A UFG em Números – 2010 / Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos ; Coordenação e organização Everton Wirbitzki da Silveira. - Goiânia : UFG, 2010.

¹⁵ <http://www.medicina.ufg.br/>

QUADRO 2. Cursos de pós-graduação *lato sensu* na área das ciências da saúde-FEN.

Curso	Ano	Parcerias/Financiamento	Público Alvo
Enfermagem Oncológica	2005 2013	Os recursos financeiros foram pactuados no Pólo de Educação Permanente em Saúde de Goiânia, sendo oriundos do Ministério da Saúde, através da Gestão de Educação em Saúde do Ministério da Saúde.	Graduados em curso de Enfermagem, reconhecido pelo MEC.
Multiprofissional em Saúde da Família	2009	Os recursos financeiros serão oriundos da Secretaria Executiva do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e administrados pela Pró-Reitoria de Administração e Finanças da UFG.	Graduados dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Farmácia, Nutrição, Assistência Social, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Educação Física e/ou áreas afins, reconhecidos pelo MEC.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2010	-	Graduados em Enfermagem.
Multiprofissional em Saúde do Trabalhador	2010	Os recursos financeiros serão oriundos da receita advinda da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, conforme Convênio Nº 12/2009 (Processo Nº 35608231), celebrado com a Universidade Federal de Goiás, administrados pela Pró-Reitoria de Administração e Finanças da UFG	Servidores efetivos que trabalham nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) que sejam graduados em cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação – MEC.
Multiprofissional em Saúde Mental	2011	Os recursos financeiros serão oriundos do Ministério da Saúde para a Secretaria do Estado da Saúde de Goiás, conforme Portaria da Educação Permanente Nº 1996/2007, administrados pela Pró-Reitoria de Administração e Finanças da UFG	Profissionais graduados na área da saúde do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e de municípios goianos que atuam na área de Saúde Mental

Fonte: PRPPG/UFG.

Segundo informações da PRPPG, a FEN, no período de 2004 a 2013, ofereceu diversos cursos de pós-graduação *lato sensu*, totalizando cinco cursos e seis turmas, pois o de Enfermagem Oncológica repetiu-se. Porém, ressalta-se que os anos de 2004, 2006, 2007, 2008 e 2012 não foram iniciadas novas turmas. O enfermeiro é um dos profissionais que compõe a equipe mínima de Atenção Básica de Saúde e nota-se que todos os cursos do Quadro 2 estão diretamente envolvidos com a saúde pública, porém dois deles voltados à proposta da Atenção Básica. São eles: 1º) Multiprofissional em Saúde da Família; 2º) Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sendo que o primeiro tem como público-

alvo diversos profissionais da área da saúde. Nesse sentido ele se destaca quanto à perspectiva de formação interdisciplinar presente na EPS.

A oferta de cursos pela FEN não apresentou aumento a partir de 2004 após entrar em vigor a PNEPS, porém, a maioria deles, quatro, são multiprofissionais, sendo que dois apontam para a interdisciplinaridade de formação na área da saúde e também para o vínculo com os serviços: Multiprofissional em Saúde do Trabalhador e Multiprofissional em Saúde Mental. Já os dois que fazem referência à Saúde da Família, nos anos de 2009 e 2010, não estabelecem o vínculo direto com os serviços, sendo que o de Residência restringe a enfermagem como área de formação necessária. Essas questões remetem à proposta de EPS, o que aponta para uma preocupação ou um cuidado com as especializações na perspectiva da formação, porém, não obstante as tentativas para contemplar a educação permanente, na FEN esta perspectiva parece ser ainda um tanto incipiente. Observa-se também que tem havido financiamento direcionados à formação em saúde.

Seguindo com a análise dos cursos levantados, o Quadro 3 a seguir, refere-se à oferta de cursos de especialização já realizados e os que estão em andamento na Faculdade de Odontologia.

QUADRO 3. Cursos de pós-graduação *lato sensu* na FO.

Curso	Ano	Parcerias/ Financiamento	Público Alvo
Implantodontia	2005 2007 2010	-	Graduados em Odontologia
Prótese Dentária	2004 2007 2010	-	Graduados em Odontologia
Endodontia	2004 2006	-	Graduados em Odontologia
Ortodontia	2004 2011	-	Graduados em Odontologia
Odontologia em Saúde Coletiva	2006		Graduados em Odontologia
Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial	2010 2012	-	Graduados em Odontologia

Fonte: PRPPG/UFG.

A FO, no período em questão, ofereceu seis cursos de especialização e todos foram repetidos. Trata-se de uma área de atuação bastante específica, via de regra para cursar tais especializações é obrigatória a graduação em odontologia. Dessa forma, não há possibilidade de cursos multiprofissionais nesta área, porém, o profissional de odontologia pode participar de outras especializações multiprofissionais. Nota-se no Quadro acima que apenas um curso

dentre os seis está diretamente voltado à saúde pública: Odontologia em Saúde Coletiva, que foi realizado duas vezes, a primeira é anterior à implementação da PNEPS, portanto, a sua repetição é que ocorreu após a política.

A odontologia é mais uma área de formação em saúde bastante peculiar quanto à atuação mais voltada para procedimentos, isto, por sua vez, permite inferir que os cursos de pós-graduação *lato sensu* na área odontológica também apresentam uma tendência de atendimento mais clínico, que no Brasil, ainda, encontra sua maior expressão no mercado privado de saúde bucal. Além disso, dentre as singularidades, nota-se no exercício profissional da odontologia que as especificidades necessárias ao atendimento impossibilitam a atuação de outros profissionais, mesmo sendo área afim.

A seguir tem-se o Quadro 4 com os cursos oferecidos pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), mas cabe ressaltar que a UFG não tem um curso de graduação em Saúde Pública, porém as especializações realizadas no IPTSP complementam a oferta de cursos na área da saúde.

QUADRO 4. Cursos de pós-graduação *lato sensu* no IPTSP.

Curso	Ano	Parcerias/ Financiamento	Público Alvo
Microbiologia	2004 2005 2006 2007 2009 2010 2011	-	Graduados em cursos de área de Ciências Biológicas e da Saúde (Bioquímica Ciências Biológicas - Biologia e Biomedicina, Enfermagem, Engenharia de Alimentos Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Veterinária).
Microbiologia na Vigilância Sanitária em Instituições de Saúde	2004	-	Graduados em Ciências Biológicas, Farmácia, Bioquímica, Veterinária, Nutrição, Engenharia de Alimentos, Odontologia, Enfermagem, Medicina, Zootecnia, reconhecidos pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).
Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde	2005	Carta Acordo entre a Fundação de Apoio à Pesquisa-FUNAPE/UFG e a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde	Profissionais de nível superior preferencialmente vinculado a Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde

[Continuação do Quadro 4]

Curso	Ano	Parcerias/ Financiamento	Público Alvo
Epidemiologia	2006 2010 2011	Os recursos financeiros serão oriundos da receita advinda do convênio firmado entre a UFG e Ministério da Saúde, através do termo de cooperação nº 59/2010	Profissionais da área da Saúde, com formação superior em curso reconhecido pelo MEC, atuantes no Sistema Único de Saúde - SUS, na área de Vigilância em Saúde, pertencente a uma, dentre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal).
Vigilância em Saúde Ambiental	2006	-	Profissionais graduados em cursos da área da saúde.

Fonte: PRPPG/UFG.

No período analisado foram registrados cinco cursos e dois foram repetidos: o de Microbiologia e Epidemiologia. O primeiro não tem uma aplicação direta com o atendimento à saúde pública, o que não diminui a importância de suas contribuições. Por outro lado, esse mesmo curso foi o que mais se repetiu, pois foi oferecido sete vezes, mesmo não sendo financiado em nenhuma delas. A demanda pelo curso de Microbiologia, portanto, não partiu dos serviços públicos ou da gestão, o que remete à necessidades externas de mercado privado.

Os cursos de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Epidemiologia e Vigilância em Saúde Ambiental referem-se a profissionais, os demais apenas sugerem, por exigir que os sujeitos já sejam graduados. O curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde foi oferecido duas vezes, sendo que o 1º ano de oferta antecede à implementação da PNEPS. Ainda nesse sentido, a exigência de profissionais da área da saúde vinculados à esfera pública de trabalho não é tão incisiva, pois fala-se em prioridade, logo, há possibilidade de os investimentos públicos de formação não chegarem aos serviços públicos de saúde. Cabe ainda ressaltar que, no curso de Epidemiologia (IPTSP), é exigido que os candidatos sejam profissionais da área da saúde e com vínculo de trabalho na esfera pública.

4.2 PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC/GO)

A Católica, fundada em 1959, instituição pioneira em Educação Superior no Centro-Oeste, conta com 51 cursos de graduação, 72 especializações, catorze mestrados e três doutorados. Rumo ao sexagenário, a Pontifícia Universidade Católica de Goiás, desde sua

fundação, tem a preocupação e empenho constante em acompanhar as mudanças que ocorrem na sociedade, adequando-se às sempre renovadas exigências.

A Coordenação de Pós-Graduação *Lato Sensu* (CPGLS) desta IES está desenvolvendo 134 cursos em todas as áreas do conhecimento, com atuação mais acentuada no Estado de Goiás e Distrito Federal, e também em outros treze estados brasileiros. A CPGLS tem hoje mais de oito mil estudantes matriculados, com expectativa de crescimento desse número em virtude das demandas do mercado de trabalho. ¹⁶A questão do financiamento não foi informada, por ser considerado dado restrito à gestão da PUC-Goiás. Contudo, foi relatado que existe distribuição de bolsas, mas sem maiores detalhes. Diante disso, a CPGLS disponibilizou algumas informações sobre os cursos oferecidos pela PUC/Go no período de 2004 a 2013.

QUADRO 5. Cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de Medicina.

Curso	Ano	Parcerias/ Financiamento	Público alvo
Cardiologia	2010	-	Graduados em Medicina
Medicina do Trabalho	2007- 20014	-	Graduados em Medicina
Medicina do Tráfego	2010; 2011; 2013	-	Graduados em Medicina
Ultrassonografia em Obstetrícia, Ginecologia e Medicina Interna	2011 2012 2013	-	Graduados em Medicina
Ultrassonografia Geral	2009; 2010; 2011	-	Graduados em Medicina
Perícias Médicas com ênfase em Medicina Legal	2012	-	Graduados em Medicina
Cirurgias Minimamente Invasivas em Ginecologia	2010	-	Graduados em Medicina

Fonte: CPGLS/PUC-Goiás.

O Quadro 5 apresenta sete cursos na área da Medicina, que exigem a graduação em Medicina, dada a especificidade da área. Destes, quatro foram repetidos, o que pode revelar as exigências do mercado e a necessidade de continuar o processo de formação profissional.

Ainda analisando o Quadro 6, para a área de Farmácia, aconteceram três cursos no período de 2010-2013 e todos eles foram ofertados mais de uma vez, também apontando para uma formação voltada à demanda de mercado.

Os cursos descritos no Quadro 5 não contemplam a proposta de formação multidisciplinar da EPS, a exceção é o de Farmácia Química Forense que permitiu a

¹⁶ Informações da Coordenação de Pós-Graduação *Lato Sensu* da PUC/Go.

interlocução com outras graduações. Tanto a medicina quanto a farmácia são cursos de atuação bastante específica. Observa-se ainda, a referência do público-alvo a graduados e não profissionais, bem como a não exigência de vínculos empregatícios com os serviços. Desse modo, não se percebe nenhuma proximidade da formação oferecida nas áreas de Medicina e Farmácia com a proposta da EPS, sob a perspectiva de mudança quanto à integração da formação, dos serviços e da gestão.

A seguir, tem-se a lista das especializações na área de Enfermagem no Quadro 6.

QUADRO 6. Cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem.

Curso	Ano	Parcerias/ Financiamento	Público alvo
Anatomia Humana	2008; 2010 2011; 2013	-	Graduados em Enfermagem
Auditoria em Sistema de Saúde	2005; 2006 2008; 2009 2010; 2011 2012; 2013	-	Graduados em: enfermagem e outras áreas da saúde; gestão pública, administração, assistência social.
Controle de Infecção Hospitalar	2004; 2006; 2008 2011; 2012; 2013	-	Graduados em Enfermagem, medicina, fisioterapia e nutrição.
Enfermagem do Trabalho	2004 – 2014	-	Graduados em Enfermagem.
Enfermagem em Cardiologia	2004; 2005; 2007 2008; 2009; 2010 2011; 2013	-	Graduados em Enfermagem
Enfermagem em Emergência e Urgência	2006; 2007; 2008 2009; 2010; 2011 2012; 2013; 2014	-	Graduados em Enfermagem
Enfermagem em Nefrologia	2005; 2006; 2007 2008; 2009; 2010 2011; 2012; 2013	-	Graduados em Enfermagem
Enfermagem em Neonatologia e Pediatria	2006; 2007; 2008; 2009; 2010 2011; 2012	-	Graduados em Enfermagem
Enfermagem em UTI	2004-2014	-	Graduados em Enfermagem.
Urgência e Emergência em Unidade de Terapia Intensiva	2010 2012	-	Graduados em Enfermagem.
Enfermagem em UTI em Neonatologia e Pediatria	2013	-	Graduados em Enfermagem
Gestão de Bloco Cirúrgico: Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização	2007; 2008 2010; 2011 2012; 2013	-	Graduados em Enfermagem
MBA – Administração Hospitalar e Marketing na Saúde	2005; 2007 2010; 2013	-	Graduados em Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia.

[Continuação do Quadro 6]

Curso	Ano	Parcerias/ Financiamento	Público alvo
Oncologia Clínica	2010; 2011 2012; 2013	-	Graduados em Enfermagem
Saúde Mental com abordagem Psicossocial	2008; 2010 2013	-	Graduados em Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição.
Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família	2004-2014	-	Graduados em Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia.

Fonte: CPGLS/PUC-Goiás.

Ao longo do período de análise, na área de Enfermagem, aconteceram dezesseis cursos de especialização e todos eles foram realizados mais de uma vez. Desse total, doze exigiam a graduação em enfermagem e cinco contemplam a proposta de formação multidisciplinar: Auditoria em Sistema de Saúde, Controle de Infecção Hospitalar; MBA-Administração Hospitalar e Marketing na Saúde; Saúde Mental com abordagem Psicossocial; Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Estes cinco cursos se aproximam de uma das diretrizes da EPS que é a multidisciplinaridade, ao buscar a interlocução com outras graduações. Tal como aconteceu para os cursos de Medicina, na descrição do público-alvo, a referência é graduados e não profissionais, e também não há exigência de vínculos empregatícios com os serviços, exceto no curso de Auditoria em Sistema de Saúde que teve o desenvolvimento de oito turmas, como se pode observar no Quadro 6.

O curso de Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família foi o segundo mais repetido, foram dezoito turmas e contempla, em parte, a EPS, pois como já foi descrito é um dos que dialogam com outras áreas da saúde, porém não há outras perspectivas contempladas.

Dentre todos os cursos oferecidos pela CPGLS/PUC-Go, o maior destaque é para o de Auditoria em Sistema de Saúde, uma vez que ele se encaixa tanto no cumprimento de uma formação multidisciplinar quanto no envolvimento de profissionais já vinculados aos serviços de saúde e também na gestão.

4.3 CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS (UNIEVANGÉLICA)

A instituição passou a se chamar (UniEVANGÉLICA) a partir de março de 2004, quando se credenciou como centro universitário, o primeiro de Goiás. Até então, era

denominada Faculdades Integradas da Associação Educativa Evangélica, oriundas da junção das Faculdades Isoladas da AEE, denominação que deixou de existir em 1993. A UniEVANGÉLICA desenvolve atividades acadêmicas voltadas para a concretização de seus fins: o ensino, a pesquisa e a extensão, consolidando sua missão em preparar profissionais para um mercado de trabalho inovador e competitivo. Em franca expansão e fortalecimento, a área de Pós-Graduação está com cursos de especialização em diversas áreas e três mestrados, fato que garante o ensino continuado dos alunos de seus cursos de graduação.

A Pós-Graduação *Lato Sensu* é constituída pelos cursos de especialização, aperfeiçoamento, atualização e MBAs. Desde o início dos anos 1980 que a IES oferece cursos de pós-graduação, inicialmente, sob a responsabilidade das respectivas graduações; os primeiros dados remetem a 1982 através de convênios realizados.

No ano de 1988, o primeiro curso de Especialização em Cirurgia; no ano de 1989, com os cursos de Especialização em Prótese, Especialização em Endodontia, Especialização em Geografia Econômica, Especialização em Metodologia do Ensino, Especialização em Língua Portuguesa, Especialização em Administração e Supervisão Escolar, Especialização em História Econômica, dando sequência a cursos em várias áreas.

No ano de 1998 foi criado o departamento da Pós-Graduação, centralizando todas as áreas, com o início de seis especializações. Os primeiros cursos foram de Psicopedagogia, Ciências Sociais, Endodontia, Odontopediatria, Radiologia e Periodontia. Hoje, a UniEVANGÉLICA oferece cursos de pós-graduação *Lato Sensu* em diferentes áreas, alicerçados em programas de alto padrão, executados por professores doutores, mestres e especialistas de excelente nível, comprometidos com a produção científica, fundamentados em estudos e pesquisas.

As informações sobre os cursos de especialização da UniEVANGÉLICA foram retiradas do site e esclarecidas pelo departamento de pós-graduação da instituição. Durante a entrevista foi esclarecido que algumas informações estão incompletas, porque a sistematização e digitalização dos cursos é um procedimento recente, que teve início em 2006, com a mudança de gestão do referido departamento.

QUADRO 7. Cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de Odontologia.

Curso	Ano/ Turmas	Parcerias/ Financiamento	Público alvo
Endodontia	2005; 2007; 2010; 2011; 2013		Profissionais graduados em Odontologia.
Ortodontia	2004; 2006; 2008; 2010; 2013		Profissionais especialistas em Ortodontia
Implantodontia	2005; 2007; 2008; 2011; 2012		Cirurgião Dentista

Fonte: Pós-Graduação UniEVANGÉLICA.

Na área de odontologia foram oferecidos três cursos e todos foram repetidos, porém não há possibilidade de multidisciplinaridade na formação. Mas em dois deles - Endodontia e Ortodontia - a possibilidade de aproximação com uma das diretrizes da EPS está nos termos profissionais e não graduados, o que sugere a atuação nos serviços. Por outro lado, não se descarta o acesso de recém-formados que ainda não estejam integrados ao mercado de trabalho.

Para finalizar a oferta de cursos de Pós Graduação *Lato Sensu* tem-se o Quadro 8, que agrega cursos de diversas áreas da saúde e já pensando na questão da formação multidisciplinar, por isso não há um quadro específico para a Enfermagem, tal como aconteceu com as demais instituições.

QUADRO 8. Cursos de pós-graduação *lato sensu* em Saúde.

Curso	Ano/ Turmas	Parcerias/ Financiamento	Público alvo
Microbiologia Aplicada: Indústria e Meio Ambiente	2006; 2008; 2010; 2012	-	Graduados em Biologia, Farmácia e Bioquímica, Químicas, Tecnologia em Alimentos e demais áreas afins.
Saúde Pública e Estratégia de Saúde da Família	2004; 2006; 2007; 2008;	-	Profissionais de nível superior na área da saúde.
Acupuntura	2008; 2010; 2013	-	Profissionais da área da Saúde
Microbiologia Clínica	2008	-	Graduados em Biomedicina, Médicos e Farmácia.

Fonte: Pós-Graduação UniEVANGÉLICA.

Na grande área do que se chamou Saúde, observa-se a oferta de quatro cursos anteriores a 2014, destes, apenas o de Microbiologia Clínica foi oferecido uma vez. Quanto à proximidade com a EPS, todos permitem o diálogo com diversas áreas da saúde, cumprindo a proposta da multidisciplinaridade na formação. Dois fazem referência a profissionais, sugerindo a inserção dos mesmos no mercado, são eles: Saúde Pública e Estratégia de Saúde da Família. Contudo, nenhum deles faz menção à gestão.

4.4 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS CÂNDIDO SANTIAGO (ESAP)

Para retratar de forma mais completa a formação em saúde no Estado de Goiás, percebeu-se a importância de registrar a participação da ESAP/GO nesse processo. Anterior à criação da ESAP em 2005, existia um Centro de Formação Profissional em saúde (CEFOP) vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES). Segundo informações da própria SES/Go, a formação para profissionais da saúde oferecida pela CEFOP data fins dos anos 1970 e meados dos anos 1980. Esse Centro de Formação passou por muitas mudanças ao longo desses anos e, até que fosse criada a ESAP, ele quase deixou de existir. Também houve um período em que o CEFOP foi desvinculado da SES e passou a pertencer a uma pasta geral de Recursos Humanos do Estado, até que a gestão percebeu o equívoco, devido às especificidades da área da saúde, que necessitam de uma formação diferenciada para os profissionais que atuam na área.

A seguir, o Quadro 9 apresenta os cursos de pós-graduação *lato sensu* oferecidos pela ESAP, a partir da sua criação em 2005, portanto, após a PNEPS.

QUADRO 9. Cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização) na ESAP.

Curso	Ano	Parcerias/Financiamento	Público Alvo
Gestão de Sistemas e serviços	2010	Parceria com UFG Recurso do MS	Profissionais de nível superior com vínculo empregatício na SES e/ou em alguma Secretaria Municipal de Saúde do Estado.
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	2010	Parceria com UFG Recurso do MS	Profissionais graduados em Farmácia, com vínculo empregatício na SES e/ou em alguma Secretaria Municipal de Saúde do Estado.
Especialização em Saúde Mental	2011	Recurso do MS	Profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde mental e nas ESF das SMS de todo Estado, na SES e nos CAPS dos municípios do Estado.

Curso	Ano	Parcerias/Financiamento	Público Alvo
Regulação de Sistemas de Saúde	2011	Recurso do MS	Profissionais da área da saúde, gestores e técnicos estaduais (nível central e regional) e gestores e técnicos municipais de saúde.
Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	2011	ENSP Recurso PROGES/SUS	Graduação na área da saúde reconhecidos pelo MEC, preferencialmente profissionais do serviço público que atuam no SUS em Goiás.

Fonte: ESAP/Go.

A ESAP-GO concentra a oferta de seus cursos de especialização nos anos de 2010 e 2011, dois em cada ano. Após cinco anos de existência da Escola é que esta ofereceu a primeira turma de pós-graduação *lato sensu*. Em conversa com a coordenadora da pós, ela disse que a articulação para criação e execução dos cursos tem acontecido num ritmo não desejado, porém os trâmites burocráticos têm gerado esse descompasso entre a necessidade de formação e a execução dos projetos. Ainda segundo a coordenadora, os projetos de cursos até são criados, mas a espera pela autorização é muito demorada e, com isso, as propostas perdem o sentido com o tempo. No entanto, a Escola tem oferecido seus cursos de duração mais curta, para atualização de seus quadros técnicos, mas também oferece curso de Residências Médicas e Multiprofissional.

A formação em saúde oferecida pela ESAP aponta para uma maior proximidade com a EPS, pois envolve a formação, a gestão e os serviços no processo de permanente educação dos profissionais da área. Todos os cursos exigem o vínculo com os serviços de saúde, seja na esfera municipal ou estadual, isto significa formar os profissionais já atuantes, diferente da maioria dos cursos da UFG, nos quais não há tal exigência, portanto, há a possibilidade de formar profissionais para atuarem ou não sistema público de saúde. Todos os cursos são financiados, mas a ESAP é um centro de formação diferenciado, pois uma de suas funções é criar condições para que os profissionais que atuam nos serviços públicos continuem se qualificando e assim ajustando a formação às necessidades de atendimento da saúde pública.

CAPÍTULO 5

DISCUSSÃO

Como já foi apresentado anteriormente, a formação em saúde no Brasil não é algo simples e a preocupação com o processo formativo dos profissionais não é tão recente. Contudo, a partir do movimento de Reforma Sanitária e da construção do SUS, ela adquiriu novos contornos e maior ênfase. Nesse sentido, a PNEPS torna-se emblemática, pois é a representação política da importância que a formação dos profissionais tem para os serviços de saúde.

A sistematização da análise foi organizada a partir dos conceitos teóricos escolhidos – Educação Permanente em Saúde, Sistemas Peritos, Reflexividade, Sociologia das Ausências, Sociologia das Emergências e Qualificação – buscando correlacioná-los com os eixos que nortearam as entrevistas, a saber: Missão, Demanda, Parceria, Financiamento, Mercado, Política Nacional de Educação Permanente.

Sabe-se que o ato de analisar requer, também, uma escuta e uma interpretação do que está sendo dito, o que não é uma tarefa fácil, que exige envolvimento, sem o prejuízo da dimensão ética e “neutralidade”.

As instituições que formam para os serviços de saúde e também os profissionais são representantes legítimos dos sistemas peritos, pois os conhecimentos técnico-especializados presentes no processo de formação permitem obter a competência profissional necessária para a atenção à saúde. Ao rever a fala dos sujeitos entrevistados sobre a missão, algumas colocações puderam ser identificadas com este conceito. Segundo Giddens (1991; 2002), estes sistemas referem-se à competência profissional que organiza grandes áreas de relativa segurança para a continuidade da vida cotidiana, que independem de um conhecimento aprofundado por parte do leigo sobre o seu funcionamento.

Os trechos de falas a seguir apontam para uma formação realizada com o propósito de preparar os profissionais e os serviços com as competências, saberes e habilidades fundamentais à prestação de assistência em saúde, a fim de conferir aos indivíduos confiança baseada na experiência de que, em geral, tais sistemas funcionam da maneira esperada, apesar dos riscos.

Na realidade a missão da escola é formar, com prioridade a gente faz: Qualificação, formação e educação permanente para os servidores do sistema único de saúde. A escola, ela tem um foco de existência e de autonomia até nível técnico, pós-técnico e por decreto do governador até nível superior tecnológico. Porém nós não temos nenhum curso superior tecnológico, o que ela tem é o nível médio técnico, profissionalizante, e pós-técnico. (Entrevista 1)

A gente foi tentar articular a formação com o processo de tentativa de reforço das categorias profissionais. Então no primeiro momento um peso importante foi dado à formação ou atualização dos quadros de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas da rede da prefeitura em articulação com os serviços ligados às universidades, particularmente a UFG, e com as sociedades clínicas. (Entrevista 2)

A UFG é a instituição de referência do Estado de Goiás e uma das mais importantes deste país. A saúde em Goiânia, os profissionais de saúde em Goiânia, a medicina principalmente e todas as áreas correlatas da medicina são de excelente qualidade. Então, a missão da UFG, ela ainda continua a ser a revitalização do conhecimento no Estado de Goiás e uma instituição como a nossa ela precisa por obrigação estar dentro do contexto da arte, da arte da saúde, essa é a nossa obrigação. (Entrevista 3)

A PUC tem uma missão de desenvolver o conhecimento em todas as áreas de curso superior. A pós-graduação lato sensu conforme a missão da PUC em seu PDI, nós temos a função, o dever e a competência de desenvolver cursos para que os estudantes possam ser contemplados com habilidades e competências que possam nortear sua atividade profissional e também pessoal, para que eles possam trabalhar com tranquilidade, habilidade, competência, conhecimento, de uma forma prospectiva, olhando pro futuro, pro seu bem e pro bem dos outros. (Entrevista 4)

A UniEVANGÉLICA é uma instituição filantrópica confessional, e também de levar a educação a sério, a partir disso aí estabelecer os critérios pra atingir os objetivos, então eu brinco muito assim que nós não somos emissores de certificado. (Entrevista 5)

A missão da rede, a gente vê como um lugar que mobiliza, que organiza, um lugar que fortalece o campo da educação da saúde pública, da saúde coletiva e um lugar de diálogo com as políticas de saúde e se compromete com elas pra que a gente possa fazer melhor e não algo do mesmo e fazer com que as escolas fortaleçam o sistema. (Entrevista 6)

Já os eixos sobre parceria e financiamento, nas entrevistas, apareceram muito associados ao de demanda e, por sua vez, também foram encontrados trechos referenciando, em alguns momentos, a discussão sobre qualificação, como se verifica a seguir, pois todos eles estão muito relacionados ao mercado.

Algum projeto que o próprio ministério desenvolve e aciona a escola pra poder ser a executora, em parceria com o ministério, como também ela tem a necessidade levantada lá nas suas regiões aí especificamente nos

municípios, através das dezessete regiões de saúde que nós temos no estado, sobre a demanda de qualificação nesse estado, então basicamente a gente trabalha com demandas descendentes e ascendentes. (Entrevista 1)

A gente fazia parcerias mesmo, prioritariamente com a UFG ou com as associações profissionais, associação médica, associação de odontologia, com a associação de enfermagem, com a ESAP menos porque ela é ligada à SES. Nós tínhamos parcerias, mas aí era muito mais uma oferta da SES. (Entrevista 2)

Na verdade isso aqui tá um pouco embutido, então vou falar do geral. É aquele caso de chegar da secretaria de saúde, por exemplo, e falar: olha não tem jeito, é preciso atualizar nesse campo do conhecimento e a universidade tem que nos oferecer isso. Isso muitas vezes vem não só pela demanda lá daquele órgão, mas também por editais que surgem por parte do MS por exemplo, tá certo? Então essas coisas se casam e a partir dali se estabelece convênios, as vezes até duplos. Então são coisas de mãos duplas. (Entrevista 3)

Com apoio do MS nós tivemos dois programas, um que foi “inventando a rota” que foi um curso de proteção à criança e ao adolescente, e nós tivemos um financiamento que foi do FINEP, não foi do Ministério, foi da financiadora, o FINEP financiou tudo porque entendeu que o projeto realmente ele tinha todos os elementos que foram colocados como premissas, inclusive nas políticas de saúde do SUS, então nós tivemos essa tranquilidade. (Entrevista 4)

A gente faz muita parceria com órgãos públicos, mas quem faz todo o processo pedagógico é a UniEVANGÉLICA, entendeu, porque aí é pra atender um público específico, já vem a demanda dos serviços, mas quem faz todo o processo, por exemplo, fizemos um curso em 2006 que veio verba da prefeitura, mas quem desenvolveu o projeto, todo o processo quem faz é a UniEVANGÉLICA. A parceria com o setor público foi somente essa em 2006: Gestão e serviços de saúde. [...] São os dois aspectos, primeiro o mercado, porque a gente lê o mercado e vê o que é que está faltando, o que está precisando de mão de obra, então a gente faz também visitas ao comércio, à SMS, SME e a gente vai ouvindo também, é uma outra forma. (Entrevista 5)

Ainda com a perspectiva do eixo de demandas, ao se analisar as entrevistas também se identificou o longo caminho que as instituições percorrem desde a elaboração dos cursos de formação até a sua execução. Há todo um processo bastante criterioso envolvendo diversos setores para que os cursos possam refletir ao máximo as necessidades da população. Todo esse movimento sinaliza um processo complexo e de muita reflexão sobre a criação e execução dos cursos, com vistas à garantia de uma formação baseada na excelência técnica e teórica e, na maioria das vezes, perpassada por constantes revisões. Isso foi verificado nas falas dos entrevistados, que aqui serão analisadas à luz do conceito de reflexividade, segundo o qual as práticas sociais são organizadas e transformadas pelo conhecimento continuamente

renovado sobre estas próprias práticas. Nessas condições, o *conhecer* não significa dar conta da totalidade ou da essência, mas que o mesmo deve sempre ser colocado sob questionamento e reformulado, se necessário (GIDDENS, 2002).

Os trechos abaixo corroboram com a ideia de que a despeito de toda reflexão já presente no conhecimento, nesse caso, traduzida pelas propostas de cursos de formação em saúde, a sua permanente revisão é certa e necessária. E mesmo depois de tantas reflexões e discussões para preparar e aprovar os cursos, durante a sua execução, na interação entre docentes e discentes, novas possibilidades de pensar a realidade mediada pela teoria irão surgir, portanto, novas revisões do conhecimento serão necessárias. Ou seja, a perspectiva de olhar para os serviços e para as necessidades dos indivíduos pode integrar o processo formativo dos profissionais e propiciar que as demandas da população sejam melhor atendidas, conforme a reflexividade.

Esse projeto ele é elaborado dentro da escola [...] depois, ele passa pelo núcleo docente, que é um núcleo de avaliação dentro da escola. Nesse GT eu tenho que apresentar a proposta de projeto, ela é discutida com essas áreas técnicas. Passado dessa equipe, ele é submetido a outro grupo, que é a câmara técnica da CIB, na câmara técnica estão todos os articuladores do município e do estado, pra se discutir mais uma vez esse projeto. [...]. Ela aceita, ela vai então pra CIB que é onde nós vamos homologar aquele projeto, que seria autorizar a execução do projeto. (Entrevista 1)

[...] Nenhum projeto é implementado sem que a nossa câmara de avaliação de pós-graduação e pesquisa tenha feito uma avaliação criteriosa na matriz dos cursos, nos objetivos, nas ementas, no tempo de curso que foi projetada, na carga horária, na distribuição de disciplinas. E há também a outra área que vai avaliar a viabilidade financeira do curso, então ele é projetado, ele é avaliado, ele é repensado, modificado e alterado a cada avaliação. Então um curso que esteja aí na vigésima oitava edição, ele passou aí por 28 avaliações criteriosas. (Entrevista 4)

Porque os nossos projetos eu monto, verifico, mas ele vai para a graduação pra pessoa que trabalha na área específica poder analisar as disciplinas, as ementas, os objetivos. E a gente faz sugestões, inclusive de bibliografia. [...] mas é um absurdo porque o conselho de enfermagem começou a querer legislar, o de administração, o CREA. O CREA tem um curso que ele dá as diretrizes, as normativas que tem que ser seguidas, entendeu, aí você tem que mandar. (Entrevista 5)

No eixo da entrevista que tratava dos impactos da formação para o mercado, foi possível perceber nos discursos que um conceito de qualificação estava expresso. Algumas falas terminaram por reafirmar o horizonte de continuidade da formação até como uma necessidade própria do mercado. A qualificação remete à formação e à certificação, sendo

relacionada ao domínio de conhecimentos e refere-se a um conjunto de saberes, habilidades e comportamentos obtidos ao longo da formação e que podem ser importantes para uma colocação ou recolocação no mercado de trabalho (RAMOS, 2002; ARANHA, CUNHA, LAUDARES, 2005).

A qualificação envolve um corpo de saberes interiorizados e um saber-fazer objetivo, que tem por base uma formação escolar, garantida pela experiência social e incorporada por esquemas profissionais. Sendo assim, ela se associou à elevação do saber profissional e social do trabalhador, em termos das aprendizagens desenvolvidas no próprio trabalho e nas experiências escolarizadas (DUBAR, 1998; RAMOS, 2002). As falas dos entrevistados assinalam que a necessidade de maior e melhor qualificação é uma realidade para as instituições formadoras e, portanto, tem fomentado a busca pela formação e especialização profissional.

Realmente, a pessoa tem uma graduação, ela vai procurar se especializar numa coisa que ela possa trabalhar. Você vai falar: tem algumas pessoas que fazem por conhecimento. Eu posso falar, eu tenho aqui alunos que já fizeram 3, 4 cursos de especializações conosco, mas todo mundo tá integrado pra dar continuidade à sua formação profissional, esse que é foco. (Entrevista 6)

Para a formação hoje enquanto perfil é só o servidor do sistema único de saúde. Nós fazemos a elaboração dos projetos, e aí obviamente o tipo de ação educacional que vai ser proposto dependendo do perfil do profissional que a gente tem de qualificar, e obviamente obedecendo aos níveis de formação. (Entrevista 1)

Você faz um aperfeiçoamento dos dentistas, mas isso precisa ter reflexo no consultório, né, no material, mudança de algum equipamento, a compra de algum tipo de insumo, e essas coisas dificilmente conseguem caminhar junto, [...], quando a gente pensa em aperfeiçoamento na rede pública, por um lado você tem que focar na necessidade concreta do serviço. (Entrevista 3)

O conhecimento, nós sabemos é algo de continuidade [...] O indivíduo que faz especialização, ele chega e diz: eu quero fazer mestrado agora, eu quero fazer doutorado agora, ele entra num processo de formação, tá certo? (Entrevista 4)

No campo de enfermagem nós temos alunos que fizeram 4, 5 cursos conosco, de formação sequenciada, porque exatamente nesse campo as pessoas precisam dos serviços de ações básica, de formação de atendimento, de humanização. [...] Então se ele tem uma formação maior ele tem mais oportunidade, de ter maior salário, isso é pelo curso de especialização. (Entrevista 5)

Seguindo as orientações atuais da PNEP, o mecanismo de financiamento federal adotado para as atividades de EPS tem sido a transferência de recursos do orçamento do Ministério da Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde seguindo critérios pré-definidos, com a pretensão de que o financiamento federal seja regular e automático (BRASIL, 2007a). Em decorrência disso, observa-se no levantamento documental, nos quadros 2, 3, 5 e 10 que tem havido investimento por parte do MS, da SES e SMS e outros órgãos de financiamento. As entrevistas, ao tratar das parcerias e financiamento, corroboram o que foi revelado pela fonte documental e refletem sobre a importância de se financiar a formação em saúde. Contudo, elas também levantam algumas questões que podem dificultar esse processo. Do ponto de vista da gestão, o financiamento da educação não é suficiente, posto que é imprescindível criar mecanismos que possibilitem aos profissionais se qualificarem, sem que haja prejuízo da prestação de assistência, mas é também preciso que a formação seja prioridade para a gestão.

Veja bem uma secretaria que movimenta 150 milhões de reais por mês, ela pode, tem a obrigação de gastar um recurso que seja correspondente a isso, não pode ser menos do que 2 ou 3% desse volume com formação, e a gente tá muito longe disso. Imagina desses 150 milhões, se a gente pudesse tá gastando com formação todo mês, pensa o impacto disso. É um investimento muito barato, que é diferente do pagamento de salário, mas a informação é um investimento muito barato, a formação é barato. Não é que não está gastando, a gente não tem estrutura pra isso, não é simplesmente gastar, é gastar pra ter resultado e eu não posso parar os serviços. (Entrevista 3)

É, obviamente, a gente acaba tendo mais demandas dos cursos livres, que são os cursos de pequena duração. [...] Então assim, óbvio que eu tenho uma demanda muito maior disso, mesmo porque a educação permanente, ela ensina no serviço, eu pego o meu profissional que está em serviço e ao mesmo tempo tenho que qualificar ele. Se eu retiro ele da assistência, eu abro um buraco na relação da assistência. Então obviamente eu tenho que fazer ao mesmo tempo. (Entrevista 1)

O eixo sobre os impactos da PNES permitiu apreender nas falas dos informantes-chave desta pesquisa que, na prática, o que se faz, salvo algumas exceções, é a Educação Continuada (EC). Essa percepção está em concordância com as informações encontradas no levantamento documental, como apresentam os Quadros de 2 a 9, que traz o total de cursos oferecidos no período definido para a análise, de 2004 a 2013. Em todas as instituições pesquisadas a oferta total foi de 50 cursos, destes, doze (algo em torno de 25%) foram identificados como formação de maior proximidade com a EPS em Goiás, enquanto que 28 (algo em torno de 75%) representam cursos de EC.

Então no primeiro momento, [...] a prefeitura em articulação com os serviços ligados às universidades, particularmente a UFG, e com as sociedades clínicas desenvolveu um curso continuado para os médicos junto à sociedade de clínicas médicas e à faculdade de medicina da UFG, junto à associação brasileira de odontologia e junto à associação brasileira de enfermagem, com módulos continuados [...]. Acho que o impacto foi importante e provocou uma aproximação. (Entrevista 2)

*A gente observa que houve um aumento da procura, que as pessoas estão buscando a educação continuada como forma de se adequar ao mercado de trabalho. Um diferencial nosso tem sido a prática mesmo os cursos *latu sensu*, pois a gente percebe a necessidade não só da teoria que é algo muito próprio da academia. O que a gente procura fazer aqui, sempre lembrando que o estudo e a formação continuada não tem fim. (Entrevista 4)*

Olha, eu acho que hoje, assim a educação continuada em termos de educação mesmo, ela seria muito mais profunda, [...], a pós-graduação é a educação continuada e o mercado de trabalho, porque todo mundo quer se inserir no mercado de trabalho, [...]. Então assim, eu vejo como importante, o profissional não pode parar de estudar, porque na nossa área da educação e até mesmo no mercado de trabalho é continuada mesmo, é todo dia. (Entrevista 5)

Quadro 10. Cursos na área da saúde oferecidos pelas instituições pesquisadas.

Instituições	Cursos oferecidos	Cursos mais próximos da EC	Cursos mais próximos da EPS
UFG	16	10	6
PUC	23	22	1
UniEVANGÉLICA	7	6	1
ESAP	4	-	4
Total de cursos	50	28	12

Vale ressaltar que existia em uma das falas um certo receio para se falar dos cursos *lato sensu* após a implementação da PNEPS. Esta percepção é ratificada pela trajetória ainda recente desta política, de um processo ainda em construção e consolidação, que por sua vez depende de uma série de fatores, para além da criação de cursos.

Acho que teve uma maior, uma maior divulgação. Eu acho que ainda é cedo para gente fazer um diagnóstico de como isso realmente trouxe. Agora, a adesão está sendo continuada, então, se existe adesão, então eu acho que isso, o prognóstico, a previsão é pra ser positiva, mas eu não saberia responder, até nem tenho dados. (Entrevista 3)

Cabe lembrar os conceitos após a identificação de certa confusão conceitual nas falas dos entrevistados:

A educação continuada é um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais. [...]

A EPS sugere que a transformação das práticas profissionais deve se basear na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. (BRASIL, 2004b, p. 10)

A EPS está centrada no processo de trabalho, com o propósito de melhorar a qualidade de vida em todas as dimensões e dessa forma auxiliar na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma sociedade futura (HADADD, 1994). Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora da prática profissional nos serviços de saúde, acredita-se que a educação permanente seja fundamental, porque na sua gênese, o processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema na busca de soluções para os problemas reais locais.

Segundo as entrevistas 1 e 2, podem-se destacar alguns fatores tais como: a integração ensino-serviço como elemento de distinção da EPS e o descompasso ainda existente quanto à formação em saúde sob o viés da PNEPS. Ainda há a necessidade de se promover a integração ensino-serviço, já que se reconhece o aprender fazendo como uma das formas de se aprender, portanto, é um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional mais capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país e, dessa forma, as escolas devem estar presentes nos serviços para a devida capacitação. As falas a seguir trazem esta perspectiva.

Ela não é só ações de educação propostas, mas ações no serviço. A EP tá embrenhada a todas as ações que a gente tem que fazer enquanto sistema de saúde. (Entrevista 1)

A discussão se era educação permanente, se era continuada, na verdade era uma tentativa de fazer uma marcação política, eu não consigo ver muita mudança de fato nesse processo não, [...]. A gente começa a ter mudança, a hora que o MEC há poucos anos atrás se dispõe a aceitar o papel do SUS como definidor dos processos formativos eu acho que essa talvez seja a grande mudança. Você tem um deslocamento de diretriz teórica e de mercado para uma necessidade da população. (Entrevista 2)

Também se podem analisar sobre o eixo da PNEPS, entrevistas à luz do conceito de competência, segundo o qual permite a construção de saberes se dar a partir das experiências cotidianas enfrentadas pelo sujeito no ambiente de trabalho, na sua vida em geral e na escola, que pressupõe ir além da aquisição formal de conhecimentos academicamente validados. A competência é adquirida de forma tácita, compreendendo a dimensão cognitiva, a interação

social e o exercício reflexivo, potencialidades que são desenvolvidas pelos sujeitos durante a sua formação, mas também no trabalho e das experiências vividas (RAMOS, 2002).

A competência se refere a situações que exigem a tomada de decisões e a resolução de problemas, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade do trabalho, de medicamentos, equipamentos e procedimentos, de modo que possuir conhecimentos não implica em possuir competências. Deve-se realizar a prática profissional de forma integrada com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensá-las criticamente. Os profissionais precisam estar aptos à aprendizagem reflexiva e crítica, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Algumas destas dimensões estiveram presentes nas falas dos entrevistados.

Então eu entendo o seguinte: que nós evoluímos com a educação permanente, mais ainda estamos muito aquém de entender a educação permanente no contexto que ela foi proposta. Então, quando eu falo: entender educação permanente, não é só pras escolas de saúde pública, entender educação permanente dentro do serviço, dentro da academia, dentro das escolas formadoras, né. Então assim, a gestão entender o que é educação permanente, todos os órgãos que cuidam do processo da educação permanente, [...]. É, deliberar junto com o gestor pra que se faça um plano de educação permanente lá no seu município, que ele atenda os objetivos da região. (Entrevista 1)

O rumo mudou, a gente tá caminhando para outro processo. O próprio conteúdo, as matrizes curriculares se modificam a hora que o SUS pegar o dinheiro e mandar no dinheiro que ele põe nas escolas. Isso desloca um pouco esse pensamento. (Entrevista 2)

A gente achou interessante porque junta a organização do serviço com matéria no campo da educação, mas é uma educação que implica em multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e tem um encaminhamento no serviço de saúde, que é fragmentado, é cada um no seu setor. A gente já sabia naquela época que isso precisava ter muita ginástica e muita criatividade pra gente conseguir implantar isso no sistema de educação e na saúde. (Entrevista 6)

As entrevistas permitiram reforçar os eixos e conceitos presentes no estudo, de maneira tal que, em muitos trechos de falas eles se interpenetravam. Os trechos a seguir ilustram esta conexão quando, por exemplo, os entrevistados, ao discorrer sobre a PNEPS, não só retoma definição de EPS, bem como propõe reexaminá-la, a fim de que ela consiga exercer o seu potencial transformador, na formação e por consequência nos serviços. Com isso, destaca-se a reflexividade perpassando as falas sobre a política.

É fato que a educação permanente não é só ações de educação propostas, mas são as ações no serviço, né? [...]. Então, muita vezes, nós temos ações que no primeiro entendimento, eram só voltadas para ações educacionais, e que quando a gente vai colher desses resultados, então se identificou que precisava fazer o monitoramento, fazer uma avaliação, e rever o processo de ensino [...]. Se a gente for olhar, as ações do primeiro momento que elas foram voltadas, no sentido de entender, que bastava você fazer educação permanente, que você estava resolvendo os problemas da saúde, aliás, até hoje a gente ainda enfrenta algumas coisas nesse sentido, todos os levantamentos que a gente faz, culmina numa ação educacional, é como se a educação fosse responsável pelos indicadores negativos que a gente tem. (Entrevista 1)

Então a impressão que me dá é que a EP ela tá dentro da política mal trabalhada enquanto conceito, né. Que não precisa ser aquele conceito puro porque ele é difícil mesmo de implementar, mas tá carecendo de reavaliação, pra gente pensar o que é possível, o que a gente entende. (Entrevista 6)

Dando continuidade, apresenta-se a contribuição dos conceitos elaborados por Boaventura Santos (2007): sociologia das ausências e sociologia das emergências. A luta empreendida pelo movimento sanitário quanto às questões de saúde e que culminou com a criação do SUS é aqui compreendida como uma forma de superar a concepção até então hegemônica na saúde de um modelo biomédico centrado no indivíduo, no hospital e no saber fragmentado.

A sociologia das ausências visa superar a “monocultura” do saber científico e instituir uma ecologia de saberes. Defende-se que ela é um importante caminho para que todos envolvidos no processo de saúde e na EPS sejam sujeitos sociais, pois percebe o cotidiano como lugar de permanente revisão, onde há produção de subjetividades e problematizações. Por conseguinte, o que já foi realizado na EPS está circunscrito ao campo da sociologia das ausências, devido às experiências vivenciadas na área. E o que se projeta de mudanças para a saúde, a partir da formação e da EPS, está no campo das expectativas, portanto, da sociologia das emergências. Acredita-se no potencial transformador das práticas e dos saberes em saúde, por meio da articulação entre ensino, trabalho, gestão e comunidade.

A política na realidade é o seguinte: desde que ela foi instituída, a gente vem aprendendo a fazê-la e aprendendo com ela, ela está em processo constante de melhoria. Como que é a política de educação permanente do estado? É formar só nível técnico? É uma política que vai trabalhar com ciclos de vida, ou com eixos temáticos? É uma política que vai trabalhar de que forma? Então nós precisamos primeiro definir que política nós vamos utilizar. A política de educação permanente em rede nacional tá instituída, em nível estadual a gente tem, diz que a questão da formação é responsabilidade nossa, mas nós não temos condições de executar os

projetos porque na realidade a gente ainda não teve tempo de fazer a definição, se é eixo, se é ciclo, o quê que nós vamos trabalhar ainda. (Entrevista 1)

Agora não tem força pra ser hegemônico, porque a hegemonia está na cultura, está nas relações externas, está na maneira de ganhar dinheiro pra sustentar sua casa. A gente vai conseguir construir uma hegemonia? Vai, mas vai demorar 10 anos, 20 anos não dá pra responder isso. Eu acho que tem um recorte que é o UNASUS, esse é um marco, daqui 20 anos. (Entrevista 2)

Então a EP na verdade ela foi se traduzindo numa série de cursos e mais cursos, e não traduziu aquelas ideias da educação que muda os serviços, que muda os olhares profissionais em função daquele polo transdisciplinar e que a educação vai ao serviço. E aí trabalhou um tempo com esse conceito, jogou muitos recursos pros estados pra estruturar a EP e o que os estados tem feito? É os estados, é senso comum: a EP é educar permanentemente para o trabalho, então agora eu vou implantar hidratação oral ou saúde do idoso, então vamos fazer um esforço pra transformar isso em EP e no outro ano de novo eles vão ter. (Entrevista 6)

Ressalta-se, nesse sentido, a necessidade que mais trabalhos sejam realizados para promover a transdisciplinaridade entre as patologias e os processos socioculturais, uma vez que estes são elementares no processo de construção de uma sociedade voltada para a promoção e a prevenção da saúde.

CONSIDERAÇÕES

Este trabalho objetivou conhecer e analisar a formação em saúde em Goiás tendo como referência a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída em 2004 e considerando o contexto de construção da democracia brasileira, da Reforma Sanitária e de criação do Sistema Único de Saúde. O percurso metodológico contou com uma ampla e intensa pesquisa bibliográfica e de base documental acerca do tema, no período de 2004 a 2013. Além disso, realizou-se também uma coleta de informações de fonte primária, de abordagem qualitativa, cuja técnica de pesquisa foi as entrevistas semiestruturadas aplicadas a sujeitos-chave envolvidos com a gestão de serviços de saúde e com instituições de ensino que oferecem cursos de pós-graduação de formação em saúde em Goiás.

Reverendo a história da política de saúde e as investigações sobre a formação em saúde no Brasil, verifica-se que, entre as décadas de 1950 e 1960, foi muito comum estudos de inspiração predominantemente pedagógicos, voltados para os processos de formação de trabalhadores de saúde de nível universitário e de estudos descritivos sobre a oferta de pessoal de saúde e sua distribuição geográfica. Nesse período, o conceito de educação permanente fortemente influenciado pelo referencial do capital humano idealizava a democratização cultural como possibilidade para retirar o País da sua condição de subdesenvolvido.

Nas décadas de 1970 e 1980, as investigações foram agrupadas sob a denominação de organização social das práticas de saúde e subsidiaram estudos concretos, consolidados naquele momento histórico sob a denominação de força de trabalho em saúde. Na década de 1980, o referencial da EPS, desenvolvido pela OPAS, foi compreendido como uma ferramenta estratégica de reestruturação dos serviços de saúde. No entanto, apesar de toda a produção científica e das inúmeras conferências de saúde, algumas específicas para o tema da formação de recursos humanos em saúde, a academia e o poder público ainda não conseguiram superar de todo os problemas e dificuldades que atingem tanto os setores da formação quanto os da prestação da assistência tal como preconizada pelo SUS. Diante do exposto, não se pode deixar de refletir quão vinculada à temática da formação em saúde, está o processo de redemocratização da sociedade brasileira, bem como do Movimento de Reforma Sanitária e da consolidação do SUS.

O movimento de Reforma Sanitária percebia a participação social como estratégia importante de democratização e de transformação social. A Constituição Federal de 1988 foi a

via legal de criação de um estado democrático com direitos sociais e com mecanismos que garantissem a participação dos cidadãos. A área da saúde foi uma das que mais avançou nas ações de inserção da participação social, via conselhos e conferências, que se consolidaram como instrumentos de democracia participativa e em outras áreas sociais. Nesse sentido, destaca-se a cidadania como estratégia central do processo de redemocratização da sociedade brasileira e o alicerce para as políticas sociais. Todavia, segundo a literatura sobre o tema, os mecanismos de participação não garantem o alcance real das intervenções. Foram muitos os desafios enfrentados pelo movimento de reforma sanitária: a estrutura tradicional do Estado e do próprio setor saúde, bem como projetos políticos que almejavam a mercantilização da saúde e a oferta de ações coletivas tradicionais e assistência médica dirigida apenas aos mais pobres (FLEURY; LOBATO, 2009).

No Brasil, a formação em saúde tem sido tratada como um elemento crítico no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde, porém essa é uma área cuja complexidade de problemas requer uma aproximação interdisciplinar. Apesar da falta de uma atenção prioritária a que sempre fez jus as questões relacionadas à formação em saúde, estas jamais deixaram de ser motivo de preocupação para trabalhadores, gestores e formadores. Nesse sentido, a necessidade instaurada de que os profissionais de saúde precisavam ser formados de uma forma diferente está presente na perspectiva sanitária, na criação do SUS, e a PNEPS é uma das ações propostas para promover tais mudanças no processo formativo. A discussão sobre o estabelecimento de uma Política Nacional para a formação de recursos humanos em saúde no Brasil passa pela reconstituição histórica dos debates realizados em torno desse tema e pela revisão das conjunturas sociais, políticas e econômicas que determinaram suas transformações.

O referencial teórico adotado propõe mais uma perspectiva para pensar a formação em saúde. A formação dos profissionais e os serviços em saúde foram compreendidos neste trabalho como representantes dos sistemas peritos. Isso foi percebido nas entrevistas quando as falas apontavam na missão a preocupação com a qualidade, a qualificação e a seriedade presentes na formação, como fatores de suma importância para prestação de assistência em saúde capaz de atender às necessidades dos indivíduos em Goiás. Desse modo, entender os cursos de formação em saúde como sistemas peritos significa desenvolver competências profissionais capazes de eliminar ou pelo menos diminuir os riscos à saúde da população.

As falas apontaram também para a importância do conhecimento, da formação e da própria EPS serem constantemente reexaminados, a fim de garantir que a formação e a profissionalização sejam as mais precisas e adequadas às necessidades de saúde da população.

Essa possibilidade de permanente revisão do conhecimento vai ao encontro da proposição colocada pela EPS que, segundo Ceccim (2005), trata-se de um processo educativo, mas na sua relação com o cotidiano do trabalho, objetivando uma formação com aprendizagem refletida, com base nos problemas vivenciados nos serviços e, dessa forma, construir novas práticas e saberes. A formação pode propiciar que o profissional veja os serviços e o seu trabalho em interação com as demandas dos usuários e, desse modo, ele pode se rever nas situações que envolvem a assistência, a formação e as necessidades de saúde da comunidade. Este processo vai permitir ao profissional refletir sobre as ações, por isso a reflexividade de Giddens (1991), que faz as pessoas repensarem seus lugares e suas ações, foi entendida como uma forma de pensar a EPS, porém a construção desse conhecimento depende de uma série de encadeamentos.

As entrevistas e o levantamento documental permitiram compreender que as instituições avaliadas ainda não conseguiram implementar a EPS na sua totalidade nos processos formativos, mas que a PNEPS traz elementos de mudanças, que podem ser observados, por exemplo, nos programas desenvolvidos pela SGTES de reorientação profissional durante a graduação e alguns voltados à pós-graduação. Tais constatações favorecem o entendimento de que a política de educação é um dos instrumentos possíveis para a consolidação do SUS, e que muitas ações têm sido empreendidas nesse sentido. No entanto, a criação do SUS coincide com a redução do papel do Estado nas políticas sociais, em que os interesses econômicos, políticos e culturais colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, muitas vezes impossibilitando o avanço do SUS que, por conseguinte, impede a conquista da cidadania e da democracia na sociedade brasileira.

A qualificação e a competência foram identificadas nas falas dos entrevistados como sendo continuidade da formação e aquisição de habilidades e capacidades importantes para a inserção no mercado de trabalho da área da saúde. Os cursos oferecidos pelas instituições analisadas foram pensados privilegiando fundamentalmente as demandas voltadas ao mercado, que por sua vez também é uma necessidade que precisa ser contemplada, mas não é a única. Porém, também ficou demonstrado, em algumas entrevistas, que o processo educativo não pode ser o único responsável pela transformação do atendimento à saúde, embora seja de fundamental importância. A mudança que se espera passa por uma transformação dos comportamentos, da visão que se tem sobre saúde e das práticas adotadas no processo saúde-doença que incidem nos serviços e na própria formação, logo, trata-se de uma transformação também de ordem cultural. Tudo isso já anunciado na Reforma Sanitária e no SUS.

A discussão acerca do processo formativo em saúde, como já foi apontado, não é tão recente, pois esteve presente desde a 1ª CNS em 1941. Porém, a partir do Movimento da Reforma Sanitária, esse debate adquire contornos de prioridade e avançou até o ponto de se ter um artigo na CF/88 que estabelece como competência do SUS a formação de recursos humanos em saúde e, ainda, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, em substituição à GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. São dez anos da PNEPS desde a primeira portaria e se verificou em Goiás que o caminho para alcançar a proposta ainda precisa de uma consolidação. A característica de transformação da realidade foi encontrada nas falas sobre a PNEPS e revelaram que não obstante a disposição das instituições e da gestão em fazê-las, o conceito de EPS precisa ainda ser melhor compreendido, para que de fato seja capaz de transformar a formação e por sua vez os serviços em saúde.

Nessa perspectiva, a educação e os serviços em saúde precisam ser vistos como prioridade para os gestores dos três níveis de governo, para as instituições formadoras, para os profissionais que atuam na saúde e pela população. Essa percepção poderá acarretar a integração entre todos os sujeitos interessados em promover um sistema de saúde cumpridor das principais premissas do SUS: descentralização, universalidade, integralidade, efetiva participação social. Sendo esta última uma expressão do processo de construção da democracia participativa brasileira, na área da saúde. Para tanto, é fundamental que a população de usuários, profissionais e gestores, ocupem seus espaços junto aos Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis de governo, como dispõe a legislação do SUS, porém numa sociedade de democracia recente, participar da maneira necessária não tem sido um processo tão simples.

Observa-se por um lado que há pontos de estrangulamento nos processos de Formação de Recursos Humanos em Saúde. Contudo, para além das ações já consensuais, que se materializam no reforço às políticas de descentralização com prioridade para as necessidades municipais, garantia do controle social e utilização de sistemas eficientes de informação, é fundamental a re colocação das universidades nesse processo de FRHS para cumprir com a sua responsabilidade de produção de respostas às questões políticas e sociais. As universidades têm uma grande responsabilidade neste processo ao elaborar e produzir conhecimento técnico-científico, mas, ao mesmo tempo, formar indivíduos reflexivos e críticos com capacidade de transformar a realidade.

A EPS possui os fundamentos necessários para transformar o ensino, a assistência à saúde e a própria construção da democracia brasileira. Em essência, ela é no mínimo transformadora porque se pressupõe um agir baseado na integração entre a formação, gestão,

atenção e a participação social. Esta articulação não tem sido tarefa fácil, porém acredita-se no seu potencial para se tornar uma realidade e consolidar uma sociedade onde as instituições de saúde sejam pilares de construção da democracia.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2012.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Produção liofilizada e a precarização estrutural do trabalho. In: LOURENÇO, Edvânia et al. **O Avesso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 21-83.

ARANHA, A.V. S.; CUNHA, D. M.; LAUDARES, J. B. **Diálogos sobre o trabalho**. Campinas: Papirus, 2005.

BALDINO, J. M. **Ensino Superior em Goiás em tempos de euforia** – da desordem aparente à ordem ocorrida na década de 80 em Goiânia. 1991. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1991.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BECK, U. **A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva**. Trad. de Magda Lopes. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

_____. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Trad. Jorge Navarro Perez. Barcelona: Ed. Paidós, 2006. (Coleção Surcos 25)

BOBBIO, N. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____.; CHIAPELLO, È. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 417-478.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde**. Municipalização é o caminho, 14 de agosto de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/9_CNS_Relatorio%20Final%20Caderno%2001.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde; 1993b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm>. Acesso em: 9 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (NOBSUS)**, 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%E7%E3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS** (incorporadas às diretrizes aprovadas na 11.º Conferência Nacional de

Saúde). Brasília (DF); 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 198/GM/MS DE 13/02/2004**. 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. 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. 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 para a educação permanente em saúde**: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. **XII Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde: Brasília: 2004c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **VER-SUS**. Brasil: Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde**: conceitos e caminhos a percorrer. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. Brasília: 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 25 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Revisão da Portaria nº 198**. Brasília, 2006b. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 25 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 300p. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/106395869/A-construcao-do-SUS-Historias-da-reforma-sanitaria-e-do-processo-participativo>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agostode-2007.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2011.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em 26 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde : SGETS : políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/SGETS_Politicas_e_Acoes.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CANDEIAS, N. M. F. Memória Histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1918-1945. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. esp, p. 2-60, 1984. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101984000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr; 2012.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do programa vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área da saúde. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 256-61, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a04v21n2.pdf. Acesso em: 15 abr. 2013.

CARVALHO, D. M.; WERNECK, G. L. Vigilância epidemiológica: história, conceitos básicos e Perspectivas. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Vigilância epidemiológica: textos de apoio**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

CAVALCANTI, F. O. L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível?** Um debate a partir da experiência da política nacional de educação permanente em saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). 2010. 168f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=601249&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. Saúde Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-77, 2004/2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: EPSJV. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, C. M. F. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil** (2 ed.). Petrópolis: Vozes, 1986.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a História da educação permanente em saúde**. 2006. 135F. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5260>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

COUTINHO, C. N. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **Democracia e Socialismo:** questões de princípio e contexto brasileiro. São Paulo: Cortez, 1992.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente os Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde) Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

DEGANI, A **resolutividade dos problemas de saúde:** opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 set. 2013.

DEWEY, J. **Democracia cooperativa.** Porto Alegre: EdiPUCRS, 2008.

DOURADO, L. F. **A interiorização do Ensino Superior e a privatização do público.** Goiânia: Ed. Da UFG, 2001.

DRUCK, M. G. **Terceirização:** (des)fordizando a fábrica. São Paulo: Boitempo, 1999.

DUBAR, C. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano 19, n. 64, p. 87-103, 1998.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FERRETI, C. J. *et all.* (Org.). **Tecnologias, trabalho e educação:** um debate multidisciplinar. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

FLEURY, S. Novos paradigmas para a saúde: SUS, Reforma Sanitária, Recursos Humanos. **Revista Saúde em Debate.** [s. l.], n. 48, p. 51-57, set. 1995. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/index.php>. Acesso em: 18 mar. 2011.

_____. **Saúde e democracia:** a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Socialismo e Democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 24-46.

FONTES, V. A democracia retórica: expropriação, convencimento e correção. In: MATTA, G. C; LIMA, J. C. F (Orgs). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Col. Ditos e Escritos, v. V)

_____. **Microfísica do Poder**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRIGOTTO, G. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco Histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 91-118.

GENTILI, P. Educar para o desemprego: a desintegração da promessa integradora. In: FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de Final de Século**. Petrópolis: Vozes, 1998.

GERMANO, R. M *et al.* **CEFOPE/RN: Uma experiência de formação de recursos humanos em saúde, 1984-1996**. Natal: SSAP/RN. 1996.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva**. Trad. de Magda Lopes. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

_____. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

_____. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOIÁS. **Lei n. 15.260, de 15 de Julho de 2005**. Goiânia, 2005. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/2005/lei_15260.htm>. Acesso em: 18 set. 2012.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.L.C.; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100. Organización Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império**. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. Record, 2005.

_____. Thomas Jefferson ou a transição da democracia. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 27, 2009, p. 11-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000122&pid>. Acesso em: 17 out. 2012.

HARVEY, D. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. In: **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

_____. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Ed. Loyola, 2008. p. 49-96.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETTI, C. J. **Novas tecnologias, trabalho e educação**. São Paulo: Vozes, 1994.

_____. Da polarização das qualificações ao modelo de competências. In: HIRATA, Helena. **O(s) mundo(s) do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudanças dos paradigmas produtivos**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

KRUZE, B. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP/Ministério da Saúde, 2001.

KUENZER, A. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (Orgs.). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. Campinas: Autores Associados, HISTEDBR, 2002.

_____. **O trabalho como princípio educativo**. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. **Pedagogia da fábrica**. São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1985.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em Saúde**. 2010. 171f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LIBÂNEO, J. C. Reflexividade e formação de professores: outra oscilação do pensamento pedagógico brasileiro? In: PIMENTA, S. G.; GHEDIN, E. (Org.). **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 53-79.

_____; PIMENTA, S. G. Formação de profissionais da educação: visão crítica e perspectiva de mudança. In: PIMENTA, S. G. (Org.). **Pedagogia e Pedagogos: caminhos e perspectivas**. São Paulo: Cortez, 2002.

LIMA, J. C. F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Trabalho Necessário** (Online), v.5, p.5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2013.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; SANTOS, P. R. E. (Orgs.). **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - Anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. V. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

MACHADO, L. R.S. A educação e os desafios das novas tecnologias. In: FERRETTI, C. J. et al. **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994b. p. 165-184.

_____. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. **Trabalho e Educação**. Campinas, Papirus, 1994a. (Coletânea CBE)

MANCEBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico. **Psicologia: ciência e profissão**, ano 22, n 1, 100-110, 2002.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jul. 2013.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2004/2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Ciências sociais em saúde: um panorama geral. In: GOLDEMBERG, M. e G. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

194 p. Disponível em: <http://portaleses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00010102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: set. 2013.

_____. A valorização do ‘instituinte’ na construção do modelo de Escola Nacional: a Ensp de 1970 a 1989. In: LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; SANTOS, P. R. E. (Orgs.). **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 167-202.

_____. **Democracia no ensino e nas instituições**: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. **Relatório do VIII Encontro Nacional da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2011.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 1, n. 2, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901992000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jul. 2012.

_____. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAULINO, V. C. P. **Processo de educação permanente no cotidiano da estratégia saúde da família**. 2008. 75f. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

PEREIRA, I. B. Políticas de saúde e a formação do trabalhador. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE “JOAQUIM VENÂNCIO” (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro. OMS/OPAS/FIOCRUZ, 2005.

_____; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PHILIPPE, A.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

PINHEIRO, V. S. **Entre a hegemonia e a polissemia:** a política de educação e desenvolvimento para o SUS no contexto do Brasil contemporâneo. 2007. 224f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social/Programa de Doutorado Integrado UFPB-UFRN, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

PIZZIO, A.; VERONESE, M. V. Possibilidades conceituais da sociologia das ausências em contextos de desqualificação social. **Cad. psicol. soc. trab.** [online], v. 11, n. 1, p. 51-67, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172008000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 nov. 2013.

POGREBINSCHI, T. Posfácio. In: FRANCO, A.; POGREBINSCHI, T. (Org.). **Democracia cooperativa.** Porto Alegre: ediPUCRS. 2008.

PONTE, C. F. O Sanitarismo e os projetos de Nação. In: FIDÉLIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010.

RAMOS, F. R. S. **Trabalho e educação:** ética/Bioética na experiência de si do trabalhador da saúde. 2005. Proposta apresentada ao CNPq para fins de realização de estágio Pós-Doutoral, Florianópolis, 2005.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências:** autonomia ou adaptação? 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa.** v. III Campinas: Papyrus, 1995.

SANFELICE, J. L. (Org.). **Capitalismo, trabalho e educação.** Campinas: Autores associados, HISTEDBR, 2002.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Educação Permanente em Saúde e Governamentalidade Biopolítica: uma análise genealógica. **Rev. Polis e Psique**, v. 3, n. 2, p. 43-60, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/43346>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

SANTANA, José Paranaguá de. Recursos Humanos de saúde: reptos atuais. **Cadernos da IX:** descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: UNB, 1992. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>>. Acesso em: 13 de agosto de 2012.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo** - Para uma nova cultura política. v. 4. São Paulo: Edições Afrontamento, 2006. (Col. Para um Novo Senso Comum).

_____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Renovar a crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SCHWARTZMAN, S. **A redescoberta da cultura**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 21012.

TEIXEIRA, S. F.; MEDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 193-232.

TURRINI, N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 maio. 2013.

VIEIRA, M. et all. A Política Nacional de Educação permanente em Saúde. In: **Análise da Política de Educação permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, 2006. p. 30-64. Relatório Final. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/.../Analise_politica_edu_permanente.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ANEXOS

ANEXO A



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%)

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

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

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

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

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

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																				Teto Recursos	
	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMO-2005/0002 (C4)		População Total - Estimada 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faltas		Concentração Equipamentos de Análise (C7)			Coeficiente Estadual (C8)			
	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Íntero	Coef.				
																					Em R\$ 1,00	% Dist.
AC	61,9	1,02	0,04	67,4	1,12	0,04	29,13	0,50	0,024	4.151	0,003	686.652	0,004	4	0,055	0	0,200	0,020	0,040	1.456.732,13	4,16	
AM	43,0	0,73	0,022	43,1	0,73	0,021	9,06	0,10	0,007	24.910	0,015	3.311.020	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,026	907.796,20	2,62	
AP	55,0	0,92	0,031	39,3	0,66	0,020	32,48	0,59	0,026	4.112	0,003	616.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,068	0,031	1.100.804,28	3,14	
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	29,13	0,59	0,023	30.621	0,016	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,043	0,030	1.049.393,33	3,00	
RO	38,2	0,64	0,022	36,8	0,61	0,020	49,00	0,90	0,036	8.522	0,006	1.802.411	0,008	3	0,041	12	0,082	0,035	0,027	844.592,02	2,42	
RR	75,2	1,25	0,051	34,2	0,57	0,021	24,72	0,42	0,020	4.021	0,003	403.346	0,003	3	0,041	4	0,250	0,110	0,042	1.453.131,27	4,15	
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,056	29,27	0,52	0,021	9.899	0,006	1.331.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,056	0,034	1.196.217,06	3,45	
N	42,2	0,69	0,021	34,0	0,56	0,020				67.222	0,004	15.022.000	0,008						0,231	6.090.498,28	31,34	
AL	69,1	1,12	0,045	66,1	1,11	0,042	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,016	4	0,055	2	0,111	0,056	0,041	1.423.197,98	4,07	
BA	50,0	0,85	0,024	52,2	0,87	0,025	49,32	0,92	0,036	91.309	0,054	13.950.149	0,074	4	0,055	35	0,022	0,017	0,042	1.616.274,69	4,53	
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,25	0,055	49.320	0,030	8.217.095	0,044	4	0,055	17	0,092	0,037	0,042	1.467.792,89	4,15	
MA	70,0	1,20	0,051	70,0	1,20	0,052	43,60	0,87	0,035	28.850	0,016	6.194.530	0,032	4	0,055	9	0,111	0,056	0,040	1.450.090,75	4,15	
PE	92,1	1,54	0,061	92,1	1,54	0,062	81,42	1,63	0,069	27.891	0,017	3.023.215	0,018	4	0,055	10	0,082	0,032	0,041	1.448.428,90	4,14	
PI	62,1	1,04	0,041	57,0	0,94	0,041	34,70	0,60	0,026	68.450	0,042	8.502.602	0,046	3	0,041	24	0,042	0,016	0,036	1.291.259,28	3,60	
PR	96,7	1,61	0,064	97,2	1,62	0,065	82,70	1,60	0,063	20.062	0,012	3.036.290	0,016	4	0,055	15	0,067	0,032	0,039	1.359.316,00	3,85	
RN	79,4	1,32	0,052	90,2	1,55	0,066	57,48	1,15	0,047	28.011	0,016	3.043.700	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,040	1.510.372,58	4,32	
SE	60,9	1,02	0,041	74,1	1,24	0,052	82,47	1,62	0,067	15.690	0,010	2.000.730	0,011	4	0,055	2	0,200	0,090	0,050	1.742.872,78	4,98	
NE	67,0	1,09	0,041	68,0	1,10	0,041				163.850	0,010	61.939.020	0,010						0,371	11.190.390,74	37,26	
DF	3,5	0,06	0,002	0,0	0,00	0,000	10,42	0,21	0,008	34.472	0,021	2.383.784	0,012	1	0,014	17	0,056	0,027	0,015	819.357,89	1,46	
GO	55,0	0,92	0,031	52,2	0,87	0,025	27,92	0,50	0,023	41.511	0,020	5.730.792	0,021	3	0,037	34	0,022	0,014	0,026	910.028,33	2,60	
MS	49,0	0,82	0,030	69,4	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21.550	0,013	2.297.248	0,013	3	0,037	19	0,067	0,030	0,027	955.824,32	2,73	
MT	54,2	0,90	0,032	49,0	0,82	0,029	66,50	1,23	0,054	21.122	0,012	2.856.969	0,015	3	0,037	19	0,067	0,030	0,027	990.429,74	2,82	
OD	44,0			45,0						110.861	0,072	15.289.512	0,071						0,099	3.375.720,28	9,64	
ES	45,1	0,75	0,022	44,1	0,73	0,021	36,08	0,72	0,028	32.200	0,020	3.454.288	0,018	3	0,037	21	0,048	0,020	0,025	866.411,58	2,48	
MG	50,0	0,85	0,024	39,2	0,66	0,020	45,11	0,80	0,037	175.900	0,100	19.479.356	0,104	2	0,027	109	0,006	0,004	0,049	1.707.028,91	4,89	
RJ	28,5	0,48	0,016	18,2	0,30	0,012	40,81	0,82	0,033	190.799	0,119	15.561.720	0,083	1	0,014	61	0,020	0,006	0,043	1.496.702,27	4,25	
SP	23,2	0,39	0,014	12,2	0,20	0,009	39,48	0,72	0,032	415.000	0,259	41.056.724	0,223	1	0,014	181	0,004	0,002	0,002	2.871.103,37	8,23	
SE	13,0	0,21	0,007	21,2	0,35	0,013				613.962	0,352	79.581.600	0,426						0,190	6.941.244,11	19,82	
PR	49,0	0,82	0,030	46,0	0,77	0,023	52,24	1,09	0,043	87.513	0,054	10.387.378	0,056	3	0,037	50	0,020	0,009	0,034	1.205.900,30	3,45	
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,015	72,52	1,45	0,059	108.200	0,063	10.983.210	0,065	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.196.597,82	3,42	
SC	63,2	1,05	0,042	49,2	0,77	0,023	62,94	1,20	0,051	52.252	0,023	5.959.200	0,032	1	0,014	20	0,036	0,017	0,020	891.540,48	2,53	
S	44,2	0,69	0,021	34,0	0,56	0,020				246.830	0,102	21.230.500	0,144						0,097	3.394.928,58	9,70	
BR	60,0	0,99	0,040	60,0	1,00	0,040	60,0	1,00	0,040	1.622.061	1,000	166.779.582	1,000	70	1,000	754	3	1,000	1,000	35.006.000,00	100,00	

C1, C2 e C3 = Alcance da Meta/(Índice de Cobertura Estadual/Meta Nacional)
 C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil
 C6 = Peso/Índice (IDH-M)
 C7 = Íntero do nº de equipamentos de análise no estado/nº total de equipamentos de análise
 Coeficiente Estadual = (10^C1+10^C2+10^C3)^20^C4+10^C5)^20^C6+20^C7)^100
 Faltas IDH-M: 1: IDH-M < 0
 2: 0,79 < IDH-M < 0,76
 3: 0,75 < IDH-M < 0,71
 4: IDH-M > 0,7

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

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

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																				Teto Recursos	
	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMO-2005/0002 (C4)		População Total - Estimada 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faltas		Concentração Equipamentos de Análise (C7)			Coeficiente Estadual (C8)			
	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Íntero	Coef.				
																					Em R\$ 1,00	% Dist.
AC	61,9	1,02	0,04	67,4	1,12	0,04	29,13	0,50	0,024	4.151	0,003	686.652	0,004	4	0,055	0	0,200	0,020	0,040	2.061.045,90	4,16	
AM	43,0	0,73	0,022	43,1	0,73	0,021	9,06	0,10	0,007	24.910	0,015	3.311.020	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,026	1.256.851,71	2,52	
AP	55,0	0,92	0,031	39,3	0,66	0,020	32,48	0,59	0,026	4.112	0,003	616.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,068	0,031	1.272.291,82	3,14	
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	29,13	0,59	0,023	30.621	0,016	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,043	0,030	1.499.133,32	3,20	
RO	38,2	0,64	0,022	36,8	0,61	0,020	49,00	0,90	0,036	8.522	0,006	1.802.411	0,008	3	0,041	12	0,082	0,035	0,027	1.246.417,18	2,70	
RR	75,2	1,25	0,051	34,2	0,57	0,021	24,72	0,42	0,020	4.021	0,003	403.346	0,003	3	0,041	4	0,250	0,110	0,042	1.453.131,27	4,15	
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,056	29,27	0,52	0,021	9.899	0,006	1.331.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,056	0,034	1.694.595,75	3,35	
N	42,2	0,69	0,021	34,0	0,56	0,020				67.222	0,004	15.022.000	0,008						0,231	11.268.237,54	31,34	
AL	69,1	1,12	0,045	66,1	1,11	0,042	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,016	4	0,055	2	0,111	0,056	0,041	1.423.197,98	4,07	
BA	50,0	0,85	0,024	52,2	0,87	0,025	49,32	0,92	0,036	91.309	0,054	13.950.149	0,074	4	0,055	35	0,022	0,017	0,042	2.166.520,84	4,31	
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,25	0,055	49.320	0,030	8.217.095	0,044	4	0,055	17	0,092	0,037	0,042	2.096.832,65	4,15	
MA	70,0	1,20	0,051	70,0	1,20	0,052	43,60	0,87	0,035	28.850	0,016	6.194.530	0,032	4	0,055	9	0,111	0,056	0,040	2.085.843,92	4,14	
PE	92,1	1,54	0,061	92,1	1,54	0,062	81,42	1,63	0,069	27.891	0,017	3.023.215	0,018	4	0,055	10	0,082	0,032	0,041	2.070.612,72	4,14	
PI	62,1	1,04	0,041	57,0	0,94	0,041	34,70	0,60	0,026	68.450	0,042	8.502.602	0,046	3	0,041	24	0,042	0,016	0,036	1.801.798,92	3,60	
PR	96,7	1,61	0,064	97,2	1,62	0,065	82,70	1,60	0,063	20.062	0,012	3.036.290	0,016	4	0,055	15	0,067	0,032	0,039	1.940.451,47	3,88	
RN	79,4	1,32	0,052	90,2	1,55	0,066	57,48	1,15	0,047	28.011	0,016	3.043.700	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,040	2.156.		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região.

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

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

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

- a coerência entre as ações e estratégias propostas e o PAREPS;
- o consenso em relação à análise de contexto da região e dos problemas dos processos de trabalho e dos serviços de saúde daquela região;
- um dimensionamento adequado entre objetivos e metas e as ações propostas;
- a pactuação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no colegiado, devidamente vinculado a um Plano Regional de Saúde

contemplando a solução dos diversos problemas de saúde e a melhoria do sistema de saúde regional;

- os princípios do SUS;
- a legislação vigente.

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

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

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

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

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

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

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

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá constituir um projeto de atividades, designando a sua necessidade de alocação orçamentária e sua relação com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço devem conter:

- Nome de ação educativa;
- Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- Objetivo da Ação;
- Público-alvo. (Identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- Metodologia utilizada;
- Duração e cronograma de execução;
- Plano de Metas/Indicadores
- Resultados esperados;
- Titulação a ser conferida (se for o caso);
- Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- Dados da instituição executora (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Dados da instituição beneficiária (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Anexo III – Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas nesta portaria e o plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) devem contemplar:

- Justificativa;
- Objetivo;
- Requisito de acesso;
- Perfil profissional de conclusão;
- Organização curricular ou Matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do Curso, discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);
- Metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas;
- Avaliação da Aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos;
- Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo;

- Instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);
- Pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;
- Aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;
- Certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso.
- Relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador geral e um coordenador pedagógico.

Os projetos ainda deverão abranger um Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos. O Plano de Execução explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

- Municípios abrangidos pelo Projeto;
- Número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por município;
- Número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e distribuição de vagas);
- Relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por Município após a matrícula;
- Localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);
- Definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;
- Planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como modalidade de registro;
- Prazo e Cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

O Plano de Formação Pedagógica para Docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso e deverá apresentar:

- Temas abordados;
- Estratégias e metodologias utilizadas;
- Estratégias de avaliação.

Por fim, a planilha de custos deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do Curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.

ANEXO B: Ações e programas desenvolvidos pela SGTES

Programa	Público	Objetivo	Organização
Programa de profissionalização de trabalhadores de nível médio (Profaps)	Trabalhadores de nível médio da área da saúde que necessitam de formação técnica e/ou complementação para atuar nas equipes de saúde.	Capacitar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde, visando à melhoria da atenção e assistência do usuário do SUS	Os gestores municipais e estaduais, devem identificar instituições formadoras de nível médio para articulação da implementação desses cursos.
Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-saúde)	Cursos de graduação da área de saúde de Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de saúde, que tenham concorrido aos editais do programa.	Reorientar a formação dos trabalhadores da saúde que deve ocorrer simultaneamente em distintos eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), rumo à integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> - reorienta o processo de formação para os cursos de graduação da área da saúde e oferece à sociedade profissionais habilitados para atender às necessidades, segundo os princípios e diretrizes do SUS; - estabelece a cooperação entre os gestores do SUS e as IES, visando à melhoria da qualidade e à resolutividade, com base na integração da rede pública de serviços de saúde e dos profissionais de saúde, na graduação e na educação permanente; - incorpora a abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção da saúde; - amplia a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde.
Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde)	Apoiar os profissionais de saúde na sua prática clínica e processo de trabalho, por meio de teleconsultorias, telediagnóstico e teleducação.	Integrar unidades básicas e serviços de saúde aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos, e oferecer teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleducação aplicadas às questões e dificuldades vivenciadas na prática clínica, na gestão do cuidado e no processo de trabalho em saúde.	responder às questões formuladas pelos profissionais e trabalhadores da saúde das unidades básicas e demais serviços de saúde onde estão implantados os Pontos de Telessaúde.
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-saúde)	Profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área em parceria com as secretarias de saúde.	Apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem inserido na rede de atenção do SUS, envolvendo estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde do SUS. Além da ESF, o Pet-Saúde atua com projetos na Vigilância em Saúde, e no final de 2010 foi implementado o Pet-Saúde Mental para formar profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica na área da saúde mental, com ênfase no combate ao uso do crack. A partir de 2011, será implementado o Pet-Saúde Redes, em articulação com o Pró-Saúde e integrando as iniciativas anteriores.	O programa oferece bolsas para: <ul style="list-style-type: none"> I – monitoria de graduação da área da saúde de Instituições de Educação Superior (IES) públicas e privadas sem fins lucrativos; II – tutoria acadêmica, para professores das IES integrantes do programa; III – preceptoria, destinada a profissionais de saúde do SUS que integram os grupos tutoriais do programa.

Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS)	Profissionais da área da saúde do SUS	Induzir e orientar a oferta de cursos de especialização, perfeição e qualificação dirigidos aos trabalhadores do SUS; - fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação; - contribuir com a integração ensino-serviço na área de atenção à saúde e contribuir com a redução das desigualdades regionais, a partir da equalização da oferta de cursos.	Funciona com a adesão de instituições de ensino para contribuir no esforço nacional de educação permanente dos trabalhadores de saúde em áreas estratégicas. As ações são financiadas pela SGTES por meio de convênios ou portaria de descentralização de recursos, de acordo com os parâmetros financeiros e operacionais. Três elementos constituem o sistema UnA-SUS: a Rede UnA-SUS (composta por rede de instituições de educação superior); Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (com acesso livre pela internet) e a Plataforma Arouca (Base de dados integrada ao Sistema Nacional de Informações do SUS).
Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência)	Hospitais universitários federais, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde.	Apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS.	Abertura de novos programas: – Inicialmente serão selecionados pré-projetos enviados por instituições que requeiram o apoio matricial, com vistas à elaboração de projetos em conjunto com instituições matriciadoras de reconhecida atuação e destaque na implementação de políticas públicas de saúde nas áreas de intervenção prioritárias. – A segunda etapa do processo seletivo consiste na seleção dos projetos firmados entre matriciadoras e matriciadas de maior potencial de impacto na formação de especialistas e organização da linha de cuidados em que se situa a especialidade em cooperação com a gestão do SUS. – Serão realizadas diversas reuniões com especialistas indicados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, para apoiar a estratégia do apoio matricial; – Após as visitas in loco às instituições pré-selecionadas, serão elaborados os projetos finais, de acordo com o número de vagas disponíveis para novos projetos.
Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde	Hospitais universitários federais, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde	Consolidar a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em campos de atuação estratégicos para o SUS.	A seleção é feita por meio de editais. Foi instituída no âmbito do Ministério da Educação, coordenada conjuntamente com o Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).
Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde ¹⁷	Gestores do SUS, pesquisadores, docentes e estudantes	- produzir estudos e pesquisas e amplo acesso a informações e análises sobre a área de	- A seleção de projetos será feita por meio de editais

¹⁷ Rede de estações de trabalho que desenvolvem pesquisas relacionadas à força de trabalho em saúde, formação em saúde, planejamento da necessidade de profissionais de saúde, análise de mercado, carga de trabalho estimada para cada profissional, entre outros, com o objetivo de subsidiar a formulação, implementação,

	da área da saúde que tenham interesse na área de Recursos Humanos de Saúde.	recursos humanos de saúde no país, e facilitar a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. Além disso, espera-se que a Rede contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.	
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)	Setores de Gestão do Trabalho e da Educação das secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.	Modernizar, aprimorar e criar setores de gestão do trabalho e da educação na saúde nas secretarias de saúde, reconhecendo tais setores como estratégicos para a valorização dos servidores do SUS.	São apresentados os Projetos, que após aprovação na CIB, são encaminhados à SGTES para apreciação do cumprimento dos requisitos fixados no Edital; - Os projetos habilitados constituem processo de repasse de recursos para investimentos no setor de gestão do trabalho e da educação na saúde, e os que requerem adequações recebem apoio do DEGERTS e secretarias estaduais de saúde, visando atender aos requisitos do Programa;
Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (Inforsus)	Setores de Gestão do Trabalho das secretarias municipais e estaduais de saúde	Permite ao gestor saber qual a sua força de trabalho e adequar melhor o seu perfil em sua área de atuação.	O InforSUS é um componente do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), que em seu escopo conta com sistemas pensados para facilitar o papel da gestão.
Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)	Trabalhadores com vínculo precário no SUS.	Desenvolver estudos e ações cujo propósito é debater e sugerir ações para superar as formas de inserção por meio de vínculos precários.	Composto por representantes do Ministério da Saúde; Ministério Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério do Trabalho e Emprego; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e por representantes das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)	Trabalhadores e gestores da saúde.	Possibilitar a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde.	Construção de protocolos, que formalizam as decisões pactuadas entre todos os participantes: governo federal (com cinco ministérios), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Prestadores de serviços conveniados ao SUS, representantes dos trabalhadores, por meio de suas entidades sindicais nacionais.

Fonte: BRASIL, 2011.

monitoramento e avaliação da política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde. É uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Opas/OMS no Brasil, coordenada pela Diretoria de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. A Rede compõe um projeto de âmbito continental da Opas, já implantado em vários países de várias partes do mundo.

ANEXO C: Relação das escolas da Rede de Escolas no Brasil.

Q t.	Instituição	Departamento / Núcleo / Secretaria	Sigla	Apelido	Natureza	Cidade	Estado	Região
1	Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deanne	-	CPqLMD	Fiocruz Amazônia	Centro de Pesquisa	Manaus	AM	NORTE
2	Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins	-	Sesa	-	Secretaria	Palmas	TO	
3	Secretaria de Estado de Saúde Pública	-	Sespa	-	Secretaria	Belém	PA	
4	Universidade do Estado do Pará	-	Uepa	-	Universidade	Belém	PA	
5	Universidade Federal de Rondônia	Núcleo de Saúde	Unir	-	Universidade	Porto Velho	RO	
6	Universidade Federal de Roraima	Centro de Ciências da Saúde	UFRR	-	Universidade	Boa Vista	RR	
7	Universidade Federal do Acre	Centro de Ciências da Saúde Raimunda da Costa Araruna	UFAC	-	Universidade	Rio Branco	AC	
8	Universidade Federal do Amapá	Faculdade de Enfermagem	Unifap	-	Universidade	Macapá	AP	
9	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Departamento de Saúde Coletiva	CPqAM	Fiocruz Pernambuco	Centro de Pesquisa	Recife	PE	NORDESTE
10	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde / SUS	-	Cefor	-	Centro Formador	João Pessoa	PB	

1	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia	-	-	Sobral	Escola	Sobral	CE
1 2	Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo M. Rodrigues	-	ESP-CE	-	Escola	Fortaleza	CE
1 3	Escola de Saúde Pública de Pernambuco	-	ESPPE	-	Escola	Recife	PE
1 4	Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães	-	EESP-BA	-	Escola	Salvador	BA
1 5	Escritório da Fiocruz no Ceará	-	-	Fiocruz Ceará	Escritório	Fortaleza	CE
1 6	Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe	Fundação Estadual de Saúde	SES-SE	-	Secretaria	Aracaju	SE
1 7	Secretaria municipal de Saúde	Centro de Educação Permanente na Saúde	-	-	Secretaria	Aracaju	SE
1 8	Universidade Estadual do Vale do Acaraú	-	UVA	-	Universidade	Sobral	CE
1 9	Universidade Federal da Bahia	Instituto de Saúde Coletiva	UFBA-ISC	-	Universidade	Salvador	BA
2 0	Universidade Federal da Paraíba	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva	UFPB-NESC	-	Universidade	João Pessoa	PB
2 1	Universidade Federal de Alagoas	Núcleo de Saúde Pública	UFAL-NUSP	-	Universidade	Maceió	AL
2 2	Universidade Federal do Ceará	Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade	UFC	Saúde Comunitária	Universidade	Fortaleza	CE

		de Medicina						
23	Universidade Federal do Maranhão	Departamento de Saúde Pública	UFMA	-	Universidade	São Luís	MA	
24	Universidade Federal do Piauí	Núcleo de estudos em Saúde Pública	UFPI-NESP	-	Universidade	Teresina	PI	
25	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva	UFRN-NESC	-	Universidade	Natal	RN	
26	Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás	Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS	-	-	Escola	Goiânia	GO	
27	Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso	-	ESP-MT	-	Escola	Cuiabá	MT	
28	Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul	-	ESP-MS	-	Escola	Campo Grande	MS	CENTRO-OESTE
29	Escola Superior de Ciências da Saúde	-	ESCS	-	Escola	Brasília	DF	
30	Fiocruz Brasília	-	-	Direb	Fundação	Brasília	DF	
31	Universidade Federal de Goiás	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva	UFG-NESC	-	Universidade	Goiânia	GO	
32	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais	-	ESP-MG	-	Escola	Belo Horizonte	MG	SUDESTE
33	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca	-	Ensp	-	Escola	Rio de Janeiro	RJ	

34	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo	-	-	-	Secretaria	Vitória	ES	
35	Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública	USP-FSP	-	Universidade	São Paulo	SP	
36	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Instituto de Medicina Social	UERJ-IMS	-	Universidade	Rio de Janeiro	RJ	
37	Universidade Federal de Minas Gerais	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva	UFMG-NESCON	-	Universidade	Belo Horizonte	MG	
38	Universidade Federal do Espírito Santo	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva	UFES-PPGASC	NESC	Universidade	Vitória	ES	
39	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva	UFRJ-IESC	-	Universidade	Rio de Janeiro	RJ	
40	Universidade Federal Fluminense	Instituto de Saúde da Comunidade	UFF	Saúde Coletiva	Universidade	Rio de Janeiro	RJ	
41	Escola de Saúde Pública de Santa Catarina	-	ESP-SC	-	Escola	Florianópolis	SC	SUL
42	Escola de Saúde Pública do Paraná	-	ESP-PR	-	Escola	Curitiba	PR	
43	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul	-	ESP-RS	-	Escola	Porto Alegre	RS	
44	Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais	-	-	-	Secretaria	São José dos Pinhais	PR	
45	Universidade Estadual de Londrina	-	UEL	-	Universidade	Londrina	PR	

ANEXO D: Roteiro de entrevista.

Universidade Federal de Goiás
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Pesquisadora: Linamar Teixeira de Amorim
Orientadora: Dra. Marta Roverly de Souza

PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Instituição: _____

Período: _____

Eixos de roteiro da entrevista:

- 1) Qual a missão/propósito da instituição/gestão quanto à formação de profissionais na área da saúde? Quais são os critérios de seleção para os cursos?
- 2) Nos últimos anos ou pela sua trajetória, qual tem sido a maior demanda? Cursos mais rápidos, especialização? E os investimentos devem priorizar algum curso?
- 3) Existem parcerias? E as parcerias como são?
- 4) Qual o impacto dos cursos oferecidos para o mercado de serviços em saúde?
- 5) A partir da implementação da Política Nacional de Educação Permanente teve alguma mudança em relação à oferta dos cursos? O que mudou? Como tem se dado a implementação dessa política?
- 6) Há algum retorno dos serviços sobre possíveis mudanças no trabalho dos profissionais depois que fizeram os cursos? Há algum estudo para saber onde e como estão os egressos dos cursos?

ANEXO E: Comitê de ética.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 21 de maio de 2012.

PARECER CONSUBSTANCIADO
Protocolo nº 043/12

I. IDENTIFICAÇÃO:

-**Título do projeto:** *Atenção e Formação em Saúde: construindo a cidadania*

-**Pesquisadora responsável:** Linamar Teixeira de Amorim (doutoranda)

-**Orientadora:** Profª Drª Marta Rovey de Souza

-**Instituição onde será realizado o estudo:** Departamento de Ciências Sociais/Sociologia – UFG

-**Data de apresentação ao CEP/UFG:** 04/05/2012

-**Área Temática:** grupo III

- **Pendências apontadas no primeiro parecer (23/04/2012):**

- 1) Atentar para a revisão da folha de rosto CONEP, esclarecendo, inclusive, sobre a data referente a 2010 (**item II**);
- 2) Revisar todas as questões relativas ao TCLE (**item IV-b**).

II. PARECER DO CEP:

Consideramos o protocolo **043/12** como **Aprovado**, smj desse Comitê, uma vez que as pendências apontadas no primeiro parecer foram atendidas.

III. DATA DA REUNIÃO: 21/05/12


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus
Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.
E-mails: cep.prppg.ufg@gmail.com