

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

ROSIANI OLIVEIRA PEREIRA

**O POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DO ESPÍRITO SANTO E AS INTERFACES DA
POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O
SUS NO ESTADO**

**VITÓRIA – ES
2012**

ROSIANI OLIVEIRA PEREIRA

**O POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DO ESPÍRITO SANTO E AS INTERFACES DA
POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O
SUS NO ESTADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

**VITORIA – ES
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

P436p Pereira, Rosiani Oliveira, 1961-
O polo de educação permanente em saúde e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no estado / Rosiani Oliveira Pereira. – 2012.
117 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Educação permanente. 2. Educação e Estado. 3. Saúde coletiva. 4. Recursos humanos na saúde. I. Lima, Rita de Cássia Duarte, 1953-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ROSIANI OLIVEIRA PEREIRA

O Pólo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo e as interfaces da Política de Educação Permanente para o SUS no Estado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.

Aprovada em 02 de maio de 2012.

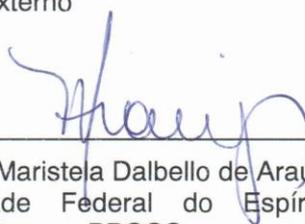
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Fernando Lefevre
Universidade de São Paulo
Membro externo



Prof^a Dr^a. Maristela Dalbello de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno - PPGSC

**VITÓRIA – ES
2012**

JESUS,

**autor da minha fé, dono do meu viver, o que me faz
tocar o impossível.**

AGRADECIMENTOS

À minha família querida por sempre me cercar de carinho, amor e compreensão.

À Professora Rita de Cássia Duarte Lima, por me acolher e me conceder a oportunidade de ser sua orientanda no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva.

À Professora Maristela Dalbello de Araújo, pelo apoio durante o período que necessitei de muita dedicação.

Aos Professores Fátima Maria Silva, Pedro Benevenuto Junior e Ethel Leonor Noia Maciel, por me acolherem no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFES.

Ao Luiz Claudio de Oliveira da Silva, por me receber no Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Aos profissionais do Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos, por serem sempre atenciosos comigo.

A Bela e a Jorge Silva, pelas carinhosas acolhidas em São Mateus.

Aos integrantes do Polo de Educação Permanente do Espírito Santo – sujeitos da minha pesquisa, por prontamente me receberem, concedendo-me a oportunidade de conhecer detalhadamente esse processo.

Aos professores componentes da minha banca, pelas importantes considerações para o melhor aprimoramento do meu trabalho.

Ao Núcleo de Pesquisa Gestão e Atenção à Saúde Coletiva Nupgasc pelos momentos compartilhados.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, estiveram comigo nesta caminhada. Não me esquecerei de cada acolhida e de cada gesto carinhoso, a mim dispensada.

RESUMO

O estudo aborda a Educação Permanente, uma estratégia educacional que possibilita refletir o cenário da formação profissional e os espaços onde se reproduzem as práticas, uma vez que ressignifica esses dois processos. Expõe que, ao longo dos debates iniciados pelas Conferências Nacionais de Recursos Humanos na Saúde a Educação Permanente ganhou força, recomendando-se aplicação nos órgãos institucionais do SUS. Em 2004 o Ministério da Saúde, com base no Quadrilátero da Formação criou os Polos de Educação Permanente em Saúde através da Portaria nº 198 GM/MS, como instância de gestão, e inseriu nesse debate atores atuantes no ensino, na gestão, na atenção e no controle social, com o objetivo de que os processos educativos fossem elaborados de acordo com a realidade local. Em 2007 o Ministério da Saúde concedendo novos direcionamentos à Política de Educação Permanente, publicou a Portaria nº 1996 GM/MS que institui os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço, em substituição dos Polos de Educação Permanente. Uma vez que os referidos Polos iniciaram o debate da educação permanente de forma institucionalizada, a pesquisa elegeu como objeto de estudo o Polo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo (PEPSUS/ES), atuante no período de 2003 a 2006. Como objetivos, estudo se propôs descrever o processo de implantação do PEPSUS/ES, identificar as ações pactuadas e os projetos implementados; identificar os sujeitos que atuaram nesse processo, e verificar por intermédio desses a vivência de integrar e articular o PEPSUS/ES. Utiliza como recursos metodológicos análise documental; entrevistas com perguntas semiestruturada, e a técnica do discurso do sujeito coletivo. Constatou-se que vivenciar a articulação dos processos educativos no PEPSUS/ES refletiu tanto num complexo campo de disputa, como num espaço de interação de atores institucionais, com vários entraves burocráticos administrativos/financeiros durante o percurso. Revela que o PEPSUS/ES influenciou o debate da educação permanente nas instituições formadoras e nos órgãos institucionais. Nesse contexto, mudança de gestores no âmbito estadual e federal gerou conflitos, desgastes e contribuiu para interromper o Polo não somente no estado, mas em todo o País. Informa ainda que Portaria nº 1996 GM/MS é atual

possui a mesma lógica da Portaria nº 198 GM/MS e identifica a descentralização como um avanço para expandir os processos educacionais.

Palavras-chave: Educação Permanente, Política de Educação Permanente, Educação na Saúde

ABSTRACT

This study addresses Permanent Education, an educational strategy that makes it possible to rethink the way professionals are trained and the places where they put their learning into practice, since it re-evaluates these two processes. It states that during the debates initiated by the National Conference of Human Resources in Health Permanent Education this method gained strength, recommending itself to the institutional bodies for the implementation of SUS. In 2004 the Ministry of Health, based in the Quadrangle of Education, created the Centers for Continuing Education in Health through Ordinance No. 198 GM / MS, as an example of such management, and inserted some who were active in teaching, involved in management, care and social control, into this debate, with the goal that the educational processes would be developed in accordance with local realities. In 2007 the Ministry of Health when giving new directives to the Education Policy Committee, issued the Decree No. 1996 GM / MS establishing the Collegiate Management Committees and Regional Integration Education Service, replacing the Centers for Continuing Education. Since these already cited centers began the debate on lifelong learning in an institutionalized way, the research decided that the Center of Continuing Education and Health of Espírito Santo (PEPSUS / ES), active from 2003 to 2006 would be the center of their study. As objectives, the study was to describe the deployment process PEPSUS / ES, identify the actions agreed upon, and the projects which were implemented, identify the individuals who acted in this process, and verify through these, the experience of integration and discussion of the PEPSUS / ES. Document analysis, interviews with semi-structured questions, and the technique of collective subject discourse were used as methodological resources. It was found that the discussion of the experience in the educational processes of PEPSUS / ES reflected both a complex playing field and a place for the interaction of institutional participants, with various bureaucratic administrative / financial impediments during the journey. This revealed that the PEPSUS/ES influenced the debate on lifelong learning in educational institutions and institutional bodies. In this context, a change of planners in the state and federal governments generated conflicts and friction which contributed to the interruption of the Center, not only in the state, but throughout the country. It also showed that Ordinance No. 1996 GM / MS currently

has the same logic as Ordinance No. 198 GM / MS and identifies decentralization as a advance in expanding the educational processes.

Keywords: Continuing Education, Continuing Education Policy, Health Education

LISTA DE SIGLAS

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIES - Comissões de Integração Ensino-Serviço

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CODRHU – Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

GM - Gabinete do Ministro

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NUEDRH – Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos

OCDE - Cooperação no Desenvolvimento Econômico

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PEPSUS/ES – Polo de Educação Permanente do Estado do Espírito Santo

SCAS - Superintendência Central de Assistência à Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SCPEI - Superintendência Central de Planejamento, Epidemiologia e Informação

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas, para a Educação, Ciência e Cultura

VER-SUS - Vivências e Estágios no SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	19
3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	
3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA? TENSÕES CONCEITUAIS E PRÁTICAS EM SAÚDE.....	20
3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	25
3.3 REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE.....	39
4. METODOLOGIA	
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	46
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	46
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	46
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	47
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO	
5.1 O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO.....	50
5.2 A SAÚDE NO ESTADO AS SAÚDE DO ES.....	52
5.3 A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.....	53
5.4 ANTECEDENTES À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	55
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
6.1 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ES.....	57
6.1.1 PROJETOS PACTUADOS NO PEPSUS/ES.....	63
6.1.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ESTADO NA VIGÊNCIA DO PEPSUS/ES ...	64
6.1.3 CONSIDERAÇÕES.....	66

7 RESULTADO DA PESQUISA QUALITATIVA: QUEM SÃO OS	
PROTAGONISTAS EM CENA.....	68
7.1 ARTIGOS	
7.1.1 SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELOS PROTAGONISTAS DO POLO DE EDUCAÇÃO	
PERMANENTE DO ESPÍRITO SANTO À VIVÊNCIA DE INTEGRAR E ARTICULAR	
PROCESSOS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE	70
7.1.2 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS PELOS PROTAGONISTAS	
DO POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA TAREFA DE ARTICULAR E	
INTEGRAR A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ESPÍRITO	
SANTO.....	91
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
8. REFERENCIAS.....	111
APÊNDICE	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Os debates sobre a Educação Permanente em Saúde vêm sendo ressignificados a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Conferências Nacionais de Recursos Humanos na Saúde (CNRHS), com vistas a formular e implementar políticas de valorização e capacitação dos profissionais, para tornar os princípios do SUS uma realidade que impacte positivamente a qualidade da assistência prestada à população. Simultaneamente, o debate sobre a promoção da saúde e a prevenção das doenças torna-se prevalente e requer estratégias de intervenção e formulação de políticas com locus privilegiado para a Atenção Primária à Saúde.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família foi eleita pelo Ministério da Saúde como modelo assistencial prioritário e fundamental para a organização da rede de atenção. Nessa perspectiva, a família passa a ser objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive e do espaço em que se constroem as relações e se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 1997).

A implementação desse novo modelo implica não somente uma reordenação dos serviços internos das Unidades de Saúde, mas também um olhar externo que visualize não somente o indivíduo, mas também a coletividade existente em cada área, vinculada às Equipes de Saúde, no território de atuação.

Dessa forma, está posto um desafio ao profissional, que passa a conviver com uma nova realidade, em que suas ações e responsabilidades são largamente ampliadas. A intervenção desse modelo provoca um enfrentamento às mudanças de paradigmas, na relação do usuário com os Serviços de Saúde, provenientes de culturas clientelistas e individualistas, já estabelecidas nas relações entre a população com os Serviços Públicos de Saúde.

Para fazer esse processo avançar é que o Ministério da Saúde, no final da década de 1990, incentivou a criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação

Permanente de Pessoal para Saúde da Família (Polos-SF), e a Educação Permanente passou a ser inserida nos debates e discussões sobre a formação e as práticas de Saúde (SOUZA, 2002).

Nesse cenário, a estratégia educacional pautada sob os princípios da Educação Permanente emerge para ser inserida nos processos de capacitação e desenvolvimento dos profissionais, devido à sua historicidade de associar o ensino à prática profissional. Esse consenso mobilizou a redação do texto registrado na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), de 27 de fevereiro de 2002, onde a Educação Permanente é vislumbrada como uma potente diretriz para ser implementada nos processos de capacitação em toda a rede do SUS (BRASIL, 2002).

A Educação Permanente pressupõe aprendizagem significativa, que promova e produza sentidos, de forma que as práticas profissionais sejam repensadas e ressignificadas a partir das práticas reais, mediante a problematização do processo de trabalho em Saúde (DAVINI, 2009). Propõe transformar práticas não somente profissionais, mas também organizacionais, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social (CECCIM, 2005a; BRASIL, 2003, 2004a).

Em 2003, com a mudança de governo em nível federal, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), ampliou as discussões sobre a Educação Permanente, tendo como base o Quadrilátero da Formação para área da Saúde. O enfoque instituído nesse debate insere atores atuantes no ensino, no serviço, na atenção e no controle social, nas instâncias de gestão e pactuação para o planejamento de ações em Educação Permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Com base nesse conceito, o Ministério da Saúde articulou e aprovou a Política Nacional de Educação Permanente, por intermédio da Portaria n.º 198/GM/MS, de fevereiro de 2004, e o conceito de Educação Permanente incorporou-se e intersectou-se às demais políticas do SUS (BRASIL, 2004b).

A referida portaria criou os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS) como instância deliberativa, para promover um debate entre as instituições

formadoras e de serviço, tomando como eixo central dos processos educativos o processo de trabalho em Saúde. Nessa perspectiva, levou em conta o uso de metodologias ativas, que refletissem o que estava acontecendo nos órgãos de formação e das práticas profissionais, na busca da ressignificação desses dois processos, a fim de que o trabalho em Saúde fosse reconhecido como fator gerador dos processos educacionais em Serviços Locais de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No Espírito Santo, a discussão sobre Educação Permanente ganhou novos contornos em meados de 1997, com a criação do Polo-SF, que iniciou os debates entre os serviços e as instituições formadoras. Suas ações foram direcionadas inicialmente à oferta de cursos introdutórios para os profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família, cursos entendidos como iniciação ao processo de Educação Permanente em Saúde (AZOURY, 2003).

Em 2003, dando continuidade a esse processo, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), por intermédio da Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU), seguindo orientações do Ministério da Saúde, implementou o Polo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo (PEPSUS/ES), que atuou no período de outubro de 2003 a julho de 2006.

Em 2007, o Ministério da Saúde, divulgando as novas diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente, editou a Portaria n.º 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, criando os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) com atribuição de formular o Plano de Ação Regional em Educação Permanente na Saúde (BRASIL, 2007).

Tendo em vista que os PEPSUS iniciaram as discussões sobre a Educação Permanente de forma institucionalizada, considerou-se relevante conhecer como se deu esse processo no Estado. Dessa forma, o presente estudo elegeu como objeto de pesquisa o PEPSUS/ES e colocou como objetivos: descrever o processo de implantação do referido Polo, apontando as ações pactuadas e os projetos implementados; identificar os sujeitos envolvidos nesse processo e, por intermédio

desses, conhecer a experiência de articulação de projetos educativos no PEPSUS/ES.

A pesquisa envolveu dezessete sujeitos que atuaram no PEPSUS/ES no período estudado, selecionando os mais assíduos às reuniões do Polo.

Os dados foram organizados a partir das respostas coletadas por meio de cinco perguntas. A primeira pergunta teve o objetivo de resgatar o momento inicial de construção do Polo. Em seguida, foi solicitado a cada protagonista fazer um relato de sua vivência, concedendo-se-lhe a oportunidade de percorrer todas as fases do processo.

Para orientar a coleta de dados e alcançar resultados satisfatórios, foram-lhes dirigidas mais duas perguntas, por meio das quais se procurou identificar as fragilidades e potencialidades existentes nesse processo. Por último, buscou-se conhecer a percepção dos protagonistas sobre a Política de Educação Permanente editada pela Portaria n.º 1.996/07, que rege o momento atual.

Esta dissertação apresenta primeiramente uma Introdução, com indicação dos temas abordados, justificando-se a relevância do estudo e os objetivos.

O referencial teórico subdivide-se em três tópicos: Educação Permanente ou Continuada? Tensões Conceituais e Práticas em Saúde; Educação Permanente no Sistema Único de Saúde; Refletindo Sobre o Processo de Trabalho em Saúde. Buscou-se assim contextualizar a pesquisa, apontando a inserção da Educação Permanente no cenário da Saúde.

Prosseguindo, são tecidas considerações sobre o método de estudo subdividido em seis tópicos: desenho do estudo, cenário do estudo, sujeitos e critérios de inclusão, procedimentos de coleta, análise de dados e considerações éticas.

Na seção seguinte, apresentam-se informações sobre o Espírito Santo, discorrendo sobre a trajetória da Educação Permanente no Estado.

Logo após, expõe-se o resultado da análise dos dados documentais do processo de implantação e implementação da Política de Educação Permanente por intermédio dos trabalhos desenvolvidos pelo PEPSUS/ES.

A última seção mostra os resultados da análise das entrevistas com os protagonistas por meio de dois artigos. O primeiro relata a vivência dos sujeitos ao interagir com o PEPSUS/ES. O segundo traz as percepções dos protagonistas sobre as fragilidades e potencialidades identificadas nesse processo.

Por fim, traçam-se as considerações finais sobre os resultados em questão.

Os resultados revelaram que o PEPSUS/ES, durante o período de atuação, assumiu o papel de instância representativa de pactuação dos projetos educacionais; influenciou o debate sobre a Educação Permanente nas instituições de ensino e nos órgãos institucionais e configurou-se como um espaço de interação de atores institucionais.

2 OBJETIVOS

- Descrever o processo de implantação do Polo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo.
- Identificar as ações pactuadas e os projetos implementados pelo Polo.
- Identificar os principais sujeitos envolvidos nesse processo, buscando conhecer sua vivência em integrar e articular os projetos educacionais no PEPSUS/ES.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE OU CONTINUADA? TENSÕES CONCEITUAIS E PRÁTICAS EM SAÚDE

A Educação Permanente expressou-se como uma maneira radical de responder pedagogicamente às profundas mudanças que ocorreram na sociedade moderna com o objetivo de inserir o sujeito como ser social, de forma que fosse capaz de assumir participação real e completa no desenvolvimento social e econômico da sociedade (FURTER, 1973).

Numa análise sobre o fundamento do conceito de Educação Permanente em autores como Furter (1973), Collet (1976), Bárcia (1982), Paiva e Rattner (1985), Knechtel (2001), Gadotti (1992, 2005), e Davini (2009), podemos identificar que a Educação Permanente estabelece uma perspectiva de afirmação, em que permite a emancipação do indivíduo, dando a ele opções alternativas de decisões conscientes para se adequar e dominar as situações.

Gadotti (1992, 2005) e Motta (1998) apontam que o termo Educação Permanente foi utilizado oficialmente na Conferência Mundial de Educação de Adultos, promovida pela UNESCO em 1966, na cidade de Montreal, Canadá, com uma abordagem de exigência técnica, percebida numa sociedade que necessita de constante renovação dos conhecimentos. Nessa conferência, o conceito de Educação Permanente foi direcionado como prioridade de programação e como uma prática educativa, analisada como uma revisão total dos processos de formação, dos métodos e dos sistemas de ensino, num marco de referência dominante, dentro de muitos fóruns internacionais.

Na década de 1970, o termo Educação Permanente ganhou força em decorrência das discussões originadas pela UNESCO, pela Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, mais recentemente, pelo Banco Mundial (GADOTTI, 2005, p. 93).

Partindo desses pressupostos, foi reconhecido pelas instâncias internacionais que todo o sistema deveria ser reformulado a partir de uma opção, que tinha como eixo e princípio a Educação Permanente (COLLET, 1976), demonstrando a necessidade de situá-la numa perspectiva global (GADOTTI, 1992, p. 83).

Para Bárcia (1982, p. 63-64), a Educação Permanente pode ser entendida como busca constante do sujeito rumo à sua autonomia, uma vez que o faz pensar de forma amadurecida, capaz de determinar em qualquer ocasião sua formação, de acordo com seus interesses e potencialidades. A autora complementa que, nesse sentido, a Educação Permanente evolui num plano vertical, de acordo com os interesses, em todas as fases da vida humana (BÁRCIA, 1982).

Gadotti (1992) e Knechtel (2001) consideram que as primeiras exigências e necessidades de implementação da Educação Permanente foram vislumbradas em função do analfabetismo, associado ao aparecimento dos novos códigos de comunicação e, com eles, ao desenvolvimento da imprensa, do telefone, do telex, e até as grandes transformações nos dias atuais. Furter (1973) aponta que a Educação Permanente funciona também como um conjunto de preocupações que são de certo modo convergentes, mas que necessitam de um aprofundamento que leve em conta o desenvolvimento tanto geral quanto cultural. Dessa forma, o autor entende que “[...] a Educação deverá ser pensada a partir da Educação Permanente, para que os educadores possam inventar novas técnicas e novas formas de educar” (FURTER, 1973, p. 127). Gadotti (1992, p. 62) ressalta que o termo Educação Permanente foi encontrado associado às reformas educacionais comprometidas com o desenvolvimento regional.

O aparecimento de novos meios de comunicação e os avanços exigidos pela industrialização, através da ciência e da tecnologia, chamaram a atenção das organizações para a qualificação de seu quadro de pessoal. A partir dessa constatação, começaram a criar suas próprias escolas com a finalidade de aperfeiçoamento de pessoal. O aperfeiçoamento profissional realizado pelas próprias empresas e não pelo sistema de educação formal trouxe para os educadores uma reflexão sobre a necessidade de organizar uma reforma na educação, de forma que houvesse uma integração entre a educação formal e a profissional (PAIVA; RATTNER, 1985, p. 64).

Knechtel (2001) constata que os interesses econômicos e sociais foram caminhando juntos para a formação tanto do cidadão como do profissional, surgindo a partir daí as relações entre educação e trabalho que, segundo Paiva e Rattner (1985, p. 65) “[...] emergem para suprir os vários modos de produção capitalista”.

Gadotti (2005), em conformidade com Paiva e Rattner (1985), afirma que, ao se deparar com o desafio da implementação da Educação Permanente, retornou às bases ideológicas, identificando interesses econômicos de grupos internacionais nos discursos postos em questão.

Davini (2009, p. 42-43) ressalta que, apesar das diferenças contextuais de propósitos, o debate difundido pela UNESCO orientou importantes reflexões sobre, por exemplo, a ampliação do pensar a aprendizagem para além do ambiente escolar, a do envolvimento de atores em discussões em ambientes comunitários e a de ordem organizacional, particularmente difundida no âmbito das empresas, além do reconhecimento da necessidade do ser humano como sujeito de sua própria educação. De acordo com a autora, a aprendizagem emerge para o desenvolvimento de novos critérios e a resolução de problemas. Assim, aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento de que o trabalho também é aprendido.

Ceccim e Ferla (2009) afirmam que o termo Educação Permanente tem sido encontrado em diferentes contextos, entre eles o da educação popular, que compartilha muitos de seus conceitos. No entanto, enquanto a educação popular tem seu foco na cidadania, a Educação Permanente o tem no trabalho.

Motta (1998, 2001) e Davini (2009), nos debates relacionados ao desenvolvimento de recursos humanos na Saúde, identificaram diferenças na utilização dos termos Educação Continuada e Educação Permanente, apontando a importância de se pesquisar o cenário teórico (DAVINI, 2009, p. 52).

A Educação Continuada tem sido utilizada no setor Saúde como estratégia de capacitação, cuja finalidade é a atualização de conhecimentos que, distanciados dos problemas concretos existentes evidenciados nos serviços, seguem uma direção objetiva e técnica do trabalho, voltada, para o domínio de habilidades e competências. Isso reforça a fragmentação do cuidado e a divisão do trabalho

desenvolvido entre as equipes. Para os autores, entender a prática somente como aplicação superficial do conhecimento estabelece apenas uma relação linear entre o saber e o fazer. Lopes e outros (2007, p. 6) consideram que tal pedagogia contribui para o alcance da eficiência técnica em tarefas mecânicas específicas, mas não propicia a transformação do processo de trabalho.

Franco (2007, p. 430), numa análise da Educação Continuada, considera que

[...] a idéia geral de insuficiência dos trabalhadores, colocando-os como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva, gerou propostas educacionais tais como as embutidas na idéia da “educação continuada”, onde a continuidade da “transferência de conhecimento” é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde. Metodologias educacionais implementadas com esse viés transformaram-se em verdadeiras máquinas de captura das subjetividades e anulação da capacidade criativa.

A Educação Continuada, por ser objeto de crítica para alguns autores, entrou na arena de debates em busca da renovação de estratégias de capacitação do pessoal da Saúde (DAVINI, 2009; MOTTA, 2001; RIBEIRO; MOTTA, 1996). Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde tem sua análise no processo de trabalho a partir [...] da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p. 7). Davini (2009, p. 52-53) menciona: “Esse novo paradigma é fruto da visão de que o conhecimento não se “transmite”, mas se constrói com base nas dúvidas e nos questionamentos das práticas vigentes, à luz dos problemas contextuais”.

Davini (2009) complementa dizendo ainda que a Educação Permanente desperta caminhos para o aprendizado na vida cotidiana das organizações, ao introduzir a problematização do fazer como fonte de intervenção do conhecimento. Para Ceccim e Ferla (2009), o ensino problematizador faz uma análise crítica da realidade, envolvendo relações educacionais para além do universo acadêmico. Nesse sentido, Davini (2009) aponta que os projetos de Educação Permanente podem abranger vários outros projetos de Educação Continuada, e não o inverso, pois requerem elaboração, desenho e execução de forma intensiva, devendo ser pensados com base em uma análise estratégica, sistemática e global pelos órgãos institucionais.

Embora a Educação Continuada tenha seu valor, uma vez que se concentra no desempenho de cada categoria profissional, tem revelado a fragmentação das equipes no processo de trabalho (BRASIL, 2004a). Em decorrência desse fato, Davini (2009) afirma a importância de se vincular a Educação Continuada aos projetos de Educação Permanente em Saúde, por se mostrar mais adequada para se trabalhar o desenvolvimento dos profissionais da Saúde.

Face ao exposto, podemos concluir que em momentos de grandes transformações sociais, os processos educacionais pautados somente pela lógica da educação continuada, não tem dado garantia de respostas a problemática vivenciada no cotidiano. Problemáticas essas que se refletem fortemente no ambiente organizacional, impondo novos acordos, exigindo novas relações. Na Saúde, essa questão é ainda mais relevante, por ter que dar respostas às demandas de saúde que vão emergindo, como fruto de uma sociedade que, dia a dia busca adaptar-se aos novos eventos produzidos pela sociedade capitalista, marcada pela desigualdade social.

É nesse contexto que a Educação Permanente emerge para ser inserida no discurso da prática e disseminada como uma ferramenta, tanto para questionar e incomodar, como para encorajar a pensar como protagonista na construção de novos ambientes e de novas relações. Nessa perspectiva, torna-se relevante fazer uma reflexão dos processos educacionais vigentes e buscar caminhos para a inserção da teoria à prática profissional.

3.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O conceito de Educação Permanente na área da Saúde potencializou-se a partir de debates emanados das Conferências Nacionais em Saúde (CNS) e ganhou novos sentidos com a implementação do SUS, que tomou seus princípios e suas diretrizes como um potente dispositivo para qualificar os Serviços e Sistemas de Saúde. Numa análise dos debates relacionados aos Recursos Humanos a partir das CNS, podemos vislumbrar como o tema vem sendo tratado ao longo de sua construção.

No sentido de contextualizar o debate que tem como foco o trabalhador da Saúde é que passamos a percorrer esse processo, que se inicia com a III CNS, realizada em 1963, representou a primeira proposta de descentralização das ações na área da Saúde e teve como um dos temas centrais “A municipalização dos Serviços de Saúde”, expressando seus direcionamentos ao conceder maior cobertura desses serviços para toda a população. A citada Conferência, iniciando os primeiros debates sobre recursos humanos na Saúde, identificou uma acentuada carência de profissionais qualificados e a inexistência de programas de capacitação nessa área. O *deficit* de trabalhadores expressou o desafio com que se deparou a área de recursos humanos na Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009; BRASIL, 1993).

A IV CNS (1967) deu-se em pleno regime burocrático-autoritário (1964-1985), com o tema “Recursos humanos para as atividades de Saúde”, suscitando debates relacionados às distorções entre um excessivo número de profissionais de um lado, e inexpressivo, de outro. Nesse cenário, foi identificado um contingente, sem qualificação profissional, de atendentes de enfermagem e uma acentuada carência de auxiliares e técnicos, ao lado de uma expansão do ensino médico com um enfoque para a qualificação, formação, e treinamento desses profissionais. No entanto, registrou-se pouca ênfase nos problemas de gestão dos recursos humanos (BRASIL, 1993; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

Num sistema de política desenvolvimentista, a ênfase na valorização do técnico especialista tornou-se hegemônica, apontando necessidades de se proporem diretrizes para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos

humanos, com vistas a formar um contingente de pessoal para a execução do Plano Nacional de Saúde (PNS). Assim, realizou-se uma projeção, tanto quantitativa quanto qualitativa, de absorção de profissionais de diversas categorias. Além dessas questões, foram debatidas responsabilidades dos Ministérios da Saúde, da Educação e Cultura e de Instituições formadoras na formulação de Políticas de Saúde, com foco na formação e no desenvolvimento dos profissionais (BRASIL, 1993; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009; GARCIA, 2010).

A VI CNS deu destaque à criação do Grupo de Saúde Pública, por meio do Decreto n.º 79.456, de 5 de junho de 1977, que emergiu com características de trabalho multiprofissional formado por duas categorias funcionais: a de sanitarista em nível superior e a de agente de Saúde Pública em nível médio. Esse grupo tinha característica multiprofissional, com incentivo de progressão funcional e exigência de um aperfeiçoamento contínuo mediante treinamento em serviço. A criação formal desse grupo deu um novo direcionamento ao desenvolvimento das ações de Saúde de alcance da coletividade. Nesse período, registrou-se também a institucionalização da Lei n.º 6.433, de 15 de julho de 1977, que estabelecia medidas estratégicas para a melhor utilização dos profissionais da área (BRASIL, 1993; GARCIA, 2010).

A VII CNS (1980) teve como tema a necessidade de se refletir sobre a extensão de ações de Saúde, através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, numa reestruturação e ampliação de serviços à população e na criação de uma rede básica de cobertura universal, considerando a necessidade de preparação de profissionais capacitados para promover a articulação entre os serviços e a comunidade (GARCIA, 2010).

Dessa forma, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir de uma análise de determinantes sociais e econômicos, passou a difundir largamente os conceitos de Educação Permanente, com foco nas políticas de recursos humanos, unindo-se aos movimentos de mudanças na educação profissional. Além disso, sistematizou propostas de intervenção para o nível local, com a premissa de despertar valores dos profissionais, colocando-os no centro do processo ensino-aprendizagem ante a realidade local (BRASIL, 1993; MOTTA, 1998).

O Sistema de Saúde no Brasil expressou-se com as características do modelo biomédico assistencial, especializado e de alto custo, revelando um sistema administrativo centralizado e fragmentado, com frequentes descontinuidades consolidadas nas décadas anteriores. Com isso, ressaltou ainda mais a necessidade de se elaborar modelos de atenção que privilegiassem ações de Atenção Primária à Saúde, apontando para uma reorganização de todo o sistema como forma que apresente propostas alternativas de intervenção na realidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009). Como reflete Ceccim e Feuerwerker (2004), a noção de serviços na área da Saúde não pode restringir-se apenas ao domínio de habilidades técnicas; deve reproduzir-se numa condução política.

A década de 1980 foi marcada pelo envolvimento da sociedade nos debates sobre a saúde, num processo de democratização que abriu caminhos à Reforma Sanitária. Esse movimento ganhou fôlego com o fim do período ditatorial e teve como resultado a VIII CNS (1986). A principal conquista dessa conferência foi a elaboração de um projeto em defesa da criação de um Sistema Único de Saúde, com eixo em políticas governamentais, sistema que privilegia a universalidade do atendimento, capaz de regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009; GARCIA, 2010).

A Reforma Sanitária ampliou o conceito de Saúde para uma análise que questiona o modelo de Saúde desenvolvido pela medicina curativa, especializada e hospitalar, que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e de aplicação de medicamentos, e contribui para a prática do cuidado fragmentado. A constatação dessa realidade abriu caminhos para a implementação de políticas de promoção da saúde e prevenção da doença, favorecendo um olhar mais integrador e comprometedor com a saúde da população.

A necessidade de implementação desse modelo de atenção fez reconhecer a importância das Políticas de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde dirigidas ao profissional com o fim de desenvolvê-lo para realizar as ações exigidas na realidade do SUS (BRASIL, 2002; GIL, 2005). Como analisam Ceccim e Feuerwerker (2004), a proposta de inversão do modelo baseada na promoção e na

prevenção da doença transformou o processo de trabalho em Saúde em fato gerador e configurador de processos educacionais em serviços locais nessa área.

Após a institucionalização do SUS – Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, e Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 –, iniciou-se o processo de implantação do Sistema, com destaque para as NOBs, que definem a responsabilidade de cada esfera de Governo e as condições necessárias para que os estados e municípios incorporem novas atribuições. Dessa forma, foram editadas as NOBs 1991, 1992, 1993 e 1996 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

A partir da NOB 1996, emergiu um intenso processo de organização e descentralização da Saúde. Como resultado de amplas discussões entre os gestores, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS-SUS 01/01), instituída pela Portaria n.º 95/GM/MS, de 26 de janeiro de 2001, que correspondeu a um conjunto de negociações, envolvendo o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

As estratégias apresentadas na NOAS-SUS 01/01 dão amplitude à responsabilidade dos municípios, garantem o acesso aos serviços de atenção básica e possibilitam a regionalização e a hierarquização do funcionamento do Sistema de Saúde como elementos centrais para o avanço do processo. Essa norma abriu caminhos para a descentralização dos Serviços de Saúde estabelecida na Constituição e na legislação do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, GARCIA, 2010).

A partir da VIII CNS, a área de Recursos Humanos ganhou visibilidade com as CNRHS, realizadas em 1986, 1993 e 2006 consecutivamente. Como resultado dos debates foi aprovado a NOB/RH-SUS/02, que representou um avanço na elaboração de políticas de gestão do trabalho. Os direcionamentos para a área de Educação na Saúde foram expressos em pontos fundamentais e estruturantes, entre eles a valorização do trabalho e a qualificação profissional, e no reconhecimento da necessidade de estreitar relações com os usuários do sistema para fins de reorganização do processo de trabalho em Saúde, com destaque para o trabalho em

equipe (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009; GARCIA, 2010; PEDUZZI, 2008).

Machado (2008, p. 229-230) ressalta que o processo de consolidação do SUS para a área de Recursos Humanos remete a dois períodos. O primeiro, considerado antirreforma, predominou na década de 1990, privilegiando políticas neoliberais que tiveram como consequência a privatização, a terceirização, a flexibilização das relações e a abertura indiscriminada de novos cursos na área da Saúde. Devido a essas questões, a autora reconhece que poucos avanços foram alcançados. O segundo momento iniciou-se a partir de 2003, quando a gestão do trabalho passou a ser vista como política de Estado, com as políticas encaminhadas pela Mesa de Negociação Permanente no SUS.

O reconhecimento da necessidade de capacitar o profissional para o enfrentamento da nova realidade encontrada na Saúde abriu o debate sobre a formação e a capacitação dos profissionais. Essa reflexão impôs a produção de estratégias que proporcionassem uma integração entre instituições formadoras, para formar trabalhadores com perfis condizentes à realidade existente nos Serviços de Saúde (TIMOTEO; MONTEIRO; UCHOA, 2005; GARCIA, 2010).

A fim de avançar nesse diálogo, a II CNRHS, realizada em 1993, pontuou a necessidade de articulação entre os setores da Saúde e da Educação, com o objetivo de envolver as instituições de ensino no processo de formação dos profissionais. O resultado desse debate foi expresso na aprovação do Art. 1.º da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o qual determina: “[...] a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social” (BRASIL, 1996, p. 1).

Nesse contexto, a Educação Permanente emergiu para dissociar o rigor especialista, com vistas a ressignificar a prática em Saúde e potencializar os profissionais na descoberta de novas funções e novos processos de trabalho. Assim, os processos educativos em Educação Permanente em Saúde são identificados como intensificadores de um diálogo entre a teoria e a prática profissional e concede novos sentidos à capacitação, ao reconhecer o profissional como sujeito capaz de

protagonizar novos processos de trabalho nessa área (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A relevância atribuída à Educação Permanente ficou expressa na formulação do texto da NOB/RH-SUS/02, segundo a qual as instituições do SUS devem adequar-se como segue:

Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS, baseado em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como, nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação.

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

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

Os Programas Institucionais de Educação Permanente devem garantir a realização de atividades que promovam a educação para a gestão do trabalho em Saúde, incluindo-se o desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informações intra e extra setoriais; a análise de sistemas de relações de trabalho; a análise de sistemas de retribuições e incentivos; a gestão dos planos de carreira, cargos e salários e os processos de negociações (BRASIL, 2002 p. 28).

Para fortalecer a Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, partiu para a implementação da Estratégia Saúde da Família, com a formação das primeiras equipes. A fim de capacitar esses profissionais, incentivou a criação dos Polos-SF. Esses Polos desenvolveram parcerias entre instituições formadoras e órgãos institucionais, dedicando-se à oferta de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização destinados à Saúde Coletiva, bem como de clínica individual. Os cursos aconteceram na modalidade presencial e a distância, por intermédio de consórcios ou convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Primavam pela melhoria e resolubilidade das equipes, visualizando a criação de cursos de especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e outras formas de pós-graduação, com registro de iniciativas destinadas a inovações curriculares nos cursos de graduação na área da Saúde (SOUZA, 2002).

Davini (2009, p. 57-58) ressalta que a Educação Permanente é apropriada para fortalecer o trabalho em equipe e a capacidade de gestão dos profissionais nos processos locais. No entanto, para se obterem resultados positivos, importante se faz a definição de acordos, alianças e apoios com os atores envolvidos. Nesse sentido, Ceccim e Ferla (2009, p. 162) apontam que a Educação Permanente em Saúde deve ser entendida não só como uma prática de ensino-aprendizagem, mas também como Política de Educação na Saúde.

Nesse movimento de integração e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, no período de 1990 a 2002 vários projetos para capacitar e desenvolver os profissionais foram incentivados em nível federal, entre eles Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público; Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS (GERUS), em 1997; Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), em 1999; Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em 2001; Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED), a partir de 2001, e Mestrados Profissionais (BRASIL, 2004a).

No que se refere às ações de Educação Permanente, em Brasil (2004a, p. 8-9) contata-se que os citados projetos trouxeram significativas contribuições. Entretanto, por se desenvolverem de forma desarticulada, seguidos por orientações conceituais heterogêneas, não foram eficazes para produzir impacto sobre as instituições formadoras e obter resultados de mudanças nas práticas dominantes no Sistema de Saúde.

Em 2003, com a mudança de governo em nível federal, o Ministério da Saúde criou a SGTES e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) com a

finalidade de potencializar as ações estratégicas no desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde. Machado (2008, p. 229) menciona que nessa gestão emergiu um período que favoreceu as políticas de Recursos Humanos.

Buscando modificar essa realidade, a SGTES e a OPAS adotaram como estratégia reunir os coordenadores dos Polos-SF de todo o Brasil, com o objetivo de discutir a teoria de processos educativos com base no Quadrilátero da Formação em Saúde, que envolve, nos processos decisórios, atores institucionais atuantes no ensino, gestão, atenção e controle social, com vistas à formulação de uma política pública sustentada nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004) comentam sobre o Quadrilátero da Formação em Saúde:

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, das práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004 p. 45).

Considerando esses pressupostos, o Ministério da Saúde divulgou em 2003, o documento “Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política, para assegurar a Educação Permanente no SUS”. Esse documento serviu de base aos novos rumos tomados na gestão dos processos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003, 2004a).

Em Brasil (2004a, p. 10), a Educação Permanente

[...] é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e

do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Souza (2007, p. 28), ao refletir a prática no contexto laboral, afirma sobre a pedagogia problematizadora: “Evidencia-se numa conjunção de determinantes que propiciam mudanças qualitativas nos agentes desse processo [...], conduzindo, em última instância, à construção de relações interpessoais positivas”.

Nessa linha de análise, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria n.º 198/04. A referida portaria criou os PEPSUS como instâncias de gestão, para pactuações e articulações locais, no formato de roda de discussão e debates, e envolveu nesse cenário representantes do nível estadual e municipal de Saúde e de Educação, instituições de ensino, escolas técnicas, de Saúde Pública e demais centros formadores, núcleos de Saúde Coletiva, hospitais de ensino, estudantes, trabalhadores e movimentos sociais ligados à Saúde (BRASIL, 2004b, p. 11) com o objetivo de

[...]

I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção inter-complementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);

III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

V. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o

conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;

VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;

VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País.

Faria (2008) aponta que a Portaria n.º 198/04 definiu como eixo estruturante dos processos educativos o processo de trabalho em Saúde e prima pela ressignificação das práticas de ensino-aprendizagem, favorecendo uma reflexão crítica sobre os problemas encontrados na realidade local.

Como delineamento, os Polos viabilizaram debates coletivos e ampliados, com o objetivo de pactuar ações interligadas às instituições formadoras e demais representantes, formulando propostas e definindo estratégias pedagógicas metodológicas, no âmbito da graduação e da pós-graduação, com vistas a superar os limites entre a formação e a práticas em Saúde e aproximar os demais atores institucionais nessas discussões (BRASIL, 2003, 2004a).

Ceccim e Ferla (2009) analisam que a prática de ensino-aprendizagem, significa a produção de conhecimentos do cotidiano e das instituições de Saúde, a partir da realidade dos problemas do trabalho, reconhecendo-se nesse cenário experiências anteriores, para pensar a ligação entre a educação e o trabalho em Saúde. Consideram que a institucionalização da Política e a criação dos Polos de Educação Permanente favoreceram a mudança da opção didático-pedagógica para uma opção político-pedagógica que emergiu com as características históricas do SUS.

Lopes e outros (2007, p. 152) ressaltam que o Ministério da Saúde escolheu como estratégia implementar uma Política de Educação Permanente no SUS por considerar o potencial educativo de reflexão coletiva das práticas de Saúde, que faz sentido para um grupo social. Ceccim, (2005b, p. 976) complementa que “[...] criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas, de construção”.

Os PEPSUS foram estruturados a partir de quatro segmentos formais: o Colegiado de Gestão, representado pelo Polo; o Conselho Gestor, respondendo pelos encaminhamentos das ações operacionais; a Secretaria Executiva, formada por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para dar suporte à resolubilidade dos encaminhamentos; e os Comitês Temáticos, responsáveis pela análise e deliberação das áreas de formação (BRASIL, 2004b, 2005). Faria (2008, p. 22) afirma que “[...] o papel principal desse colegiado de gestão foi quebrar a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia dos fluxos”.

Para alcançar a atenção integral, os projetos foram elaborados a partir dos debates desenvolvidos no PEPSUS, com base nas necessidades sociais e foco na atenção primária, envolvendo um conjunto que exigia resolubilidade e autonomia das pessoas no cuidado à saúde, com o objetivo de construir relações contínuas em rede de serviços, em todas as modalidades de operação (BRASIL, 2004a). Nessa perspectiva, Merhy, Feuerweker e Ceccim (2006) esclarecem que, para compreender a especificidade de cada problema, é essencial estabelecer um diálogo entre as diversas áreas técnicas de gestão, com vistas ao desenvolvimento de estratégias eficazes de confrontação de problemas.

Campos e outros (2006, p. 42), numa reflexão sobre os Polos, consideram-nos como

[...] espaços de formulação de políticas e de negociações orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde pelos princípios e diretrizes do SUS. Trata-se, portanto, de lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo de implementação das ações.

Merhy, Feuerweker e Ceccim (2006, p. 9), analisando as bases teóricas da Política de Educação Permanente, identificam campos de tensões num território onde emerge e se reproduzem acordos em meio de intensas disputas, encontrando nesse bojo interesse de diferentes atores. Para os autores, esses campos podem servir de áreas estratégicas para disparar novos processos de produção de saúde (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006).

Nessa perspectiva, Davini (2009, p. 57) destaca que acordos com atores de diferentes níveis hierárquicos e institucionais representam uma força importante para

o avanço das relações políticas, envolvidas nos processos, visualizando nisso a possibilidade de inserir as universidades na participação e desenvolvimento de projetos numa aprendizagem organizacional de aperfeiçoamento e experiências.

Cavalcanti (2010), refletindo sobre a democracia no SUS, considera que a Política de Educação Permanente buscou atribuir cenários de aprendizados democráticos, ao propor a construção de arenas envolvendo diversos segmentos. Para o autor, os PEPSUS emergiram não como instância executora, mas como espaço de articulação interinstitucional, em que caberia às instituições formadoras a execução de cada projeto aprovado.

Essa política contribuiu para potencializar os processos de mudança que acontecem na articulação interinstitucional, reunindo gestores dos espaços acadêmicos, hospitais de ensino e serviço, representação estudantil e de controle social, firmando compromisso de cooperação e de sustentação do processo de mudança (CAVALCANTI, 2010). Ceccim e Feuerwerker (2004) mencionam que uma das características que se dá ao SUS é a singularidade histórica da participação social e o envolvimento de novos atores no debate sobre sua construção desse Sistema.

Campos e outros (2006) apontam que a Política de Educação Permanente em Saúde corresponde a uma tentativa de se criar uma política que, além de integrar as iniciativas já existentes, se transforme em “eixo transformador do sistema”. Para Lopes e outros (2007), os atores sociais são desafiados a assumir uma postura de mudança de suas práticas por meio da reflexão crítica sobre o trabalho em equipe.

Nesse cenário de construção de políticas coletivas, o Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2004, propôs ações nessa direção, envolvendo além dos PEPSUS, outros projetos, como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), o Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS), a Formação de Ativadores de Processos de Mudanças na Graduação e as Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS), bem como a Formação de Facilitadores em Educação Permanente (BRASIL, 2004a).

Em 2006, o “Pacto pela Saúde 2006”, através a Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, definiu as novas modalidades operacionais no Pacto pela Vida, no Pacto de Gestão e em Defesa do SUS e proporcionou novos direcionamentos ao

processo normativo para a Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

Para Garcia (2010), o Pacto de Gestão na área da Educação em Saúde configura-se como uma proposta de consensos que assegura recursos e possibilita pactuações com gestores municipais e estaduais, para a viabilização de Política Local de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

No que se refere à Política Nacional de Educação Permanente, o pacto de Gestão determina:

As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são: avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e Educação Permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades.

Considerar a Educação Permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas.

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da Educação Permanente.

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos Municípios e Estados neste processo.

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS (BRASIL, 2006, p. 13).

Em 20 de agosto de 2007, com o objetivo de adequar a Política de Educação Permanente ao Pacto de Gestão e assegurar a realização dos projetos de cursos e ações voltadas para a Educação Permanente, o Ministério da Saúde editou a Portaria n.º 1.996/07, que definiu as novas estratégias e diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. A citada portaria

criou os CGRs e as CIES, que passaram a funcionar como instâncias de pactuação permanente, de cogestão, formadas pelos gestores e pelos representantes estaduais e municipais de Saúde do conjunto de municípios de uma determinada região. Esses Colegiados têm como atribuição realizar o planejamento das ações de Educação Permanente de acordo com as realidades locais e elaborar um Plano de Ação Regional em Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde Estadual e Municipal para a referida região (no que tange à Educação Permanente na Saúde) (BRASIL, 2007).

A Política de Educação Permanente emergiu não só para intensificar o olhar sobre a saúde e proporcionar o envolvimento e o comprometimento do profissional com o usuário, mas também para criar espaços de discussões sobre a realidade que envolve o trabalhador da Saúde. Essa contestação implica numa articulação tanto nos órgãos internos da Saúde como fora deles, para construir relações pautadas na solução de problemas que afetam a saúde da população.

Nas transições governamentais, a Política de Educação Permanente, instituída pela Portaria n.º 1.996/07, coincide em grande parte com o que descreveu a Portaria n.º 198/04, conservando-se na mesma lógica democrática, uma vez que manteve os espaços de discussão e o consenso à formalização dos processos educacionais.

3.3 REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Ao longo da história, o trabalho humano sofreu fortes modificações, vivenciadas nas formas de trabalho primitivo, servil, escravo, artesanal e por último, na forma capitalista, que emergiu a partir do renascimento urbano e da industrialização (CIAVATTA, 2008; FRIGOTTO, 2008). Nesse contexto, a força de trabalho transforma-se em mercadoria e “[...] o trabalho vivo serve de meio ao trabalho morto, acumulado, para manter e aumentar o seu valor de uso” (RAMOS, 2007, p. 406).

Marx (1968) conceitua o trabalho como um processo em que o homem, por sua própria ação, regula e controla seu metabolismo com a natureza, a fim de se apropriar da matéria natural, para expressar um fim. Como refletem Peduzzi e Schraiber (2008), a matéria, os instrumentos e o trabalho relacionam-se entre si configurando um processo, reconhecido como o único meio para satisfazer necessidades vitais à vida humana. Nessa reflexão, o homem emerge como o produtor de todas as formas de riqueza, com autonomia para realizá-las em qualquer tempo e lugar (FRIGOTTO, 2008).

Para Frigotto (2008), o trabalho é um processo que permeia todo o ser do homem e se reproduz em diversas direções, por meio de especificidades biológicas. De acordo com esses autores, a centralidade do trabalho como práxis assume a criação não somente dos meios de vida imediatos e imperativos, mas também da arte, da cultura, da linguagem e dos símbolos.

Em sua essência e generalidade, o trabalho se depara com o ser humano, organizando-se em relações sociais de produção da vida. Nesse sentido, pode ser visto como um direito do homem de apropriá-lo para transformar, criar e recriar, mediado pelo conhecimento, ciência e tecnologia, expressando-se em diferentes formas de trabalho (RAMOS, 2007, p. 32; FRIGOTTO, 2008).

No fim da Idade Média, o trabalho ganhou novos sentidos, quando concebido como a base e a chave da vida. Assim, “[...] o corpo humano passa a ter um significado social, novo e original - ele passa a ser a sede da força de trabalho” (LIMA, 2007, p. 70).

Ramos (2007) analisa que, com o advento da industrialização essa força de trabalho passou a ser consumida nos processos de trabalho e comercializada, sob a forma contratual de compra e venda, pelo modelo econômico capitalista, que emergiu, numa relação desigual, entre quem detém o capital e quem detém a força de trabalho. Por sua vez, Lima (2007, p. 71) afirma que essa mesma força, numa perspectiva capitalista, “[...] deve ser educada e aprimorada, no sentido de torná-la mais adequada às novas funções nas fábricas e nos serviços modernos “[...] e disponível em quantidade e qualidade adequada à nova dinâmica da produção social [...]”.

A organização do processo de trabalho no sistema capitalista emergiu a partir dos estudos de Taylor e Fayol, que tem como base o controle sobre o trabalho com a fragmentação da tarefa e do coletivo de trabalho, numa produção repetitiva, parcelada e monótona. Nesse cenário, o trabalhador executa suas funções, de forma prescrita, o que se tornou frequente nos meios de produção empresariais e dominante do início do século XXI, até meados dos anos de 1970 (RAMOS, 2007; BORGES, 2001, p. 25).

A partir da década de 1970 vivenciaram-se no cenário internacional mudanças associadas à dinamização do mercado mundial, amplamente favorecido pelas transições tecnológicas, dando novos significados ao trabalho (MOTTA, 1998). Essa realidade contribuiu para refletir a lógica taylorista, fordista, abrindo-se para novos modelos de produção (RAMOS, 2007). Nesse contexto, emergiu o modelo flexível de produção, ou toyotismo, que ficou traduzido como uma nova forma de organização do processo de trabalho (BORGES, 2001; ANTUNES, 2004, 2007) Como reflete Borges (2001, p. 24) esses modelos “[...] embora tenham diferentes concepções mostraram-se historicamente adequadas à continuidade da exploração capitalista, unificadas pelo lema de maior lucratividade com maior controle sobre o trabalho”.

Peres (2004) aponta que o toyotismo surgiu como solução para a crise do capital, ocorrida nos anos de 1970. Teve sua origem nas fábricas Toyota de automóveis e com ele emergiu uma nova forma de organização industrial e de relação entre capital e trabalho. Como considera Antunes (2007) emergiram estratégias como eliminação do desperdício e controle de qualidade total que são parte do discurso do citado

modelo, adotadas pelas empresas em todo o mundo, como aponta Peres (2004, p. 7):

Estratégias como o *just in time*, *team work*, *kanban*, a eliminação do desperdício e o controle de qualidade total, são parte do discurso do modelo toyotista de produção e adotadas pelas empresas em todo o mundo. Essas estratégias tornaram-se modismo entre os consultores de Recursos Humanos, *outplacements*, *hadhunters* e demais especialistas em contratação e recolocação de profissionais. Somente as empresas que encontram-se integradas a tais estratégias são tidas como empresas-modelo, recebendo os certificados de qualidade *ISO 9000*, *9001*, *9002*, etc.

As mudanças ocorridas no processo produtivo enfatizam o trabalho mais qualificado e habilitado – como o trabalho em equipe, a multifuncionalidade e a polivalência, a flexibilidade –, entretanto não deixam evidente que esse mesmo processo tem levado frequentemente à intensificação e precarização do trabalho (BORGES, 2001; ANTUNES, 2004, 2007).

De acordo com Pires (2008), debates realizados por autores como Cecília Donangelo (1975), Gonçalves (1979), Almeida (1986), Nogueira (1977), em meados dos anos de 1970, informam que o trabalho em Saúde tem sido identificado sob duas características: a do modelo profissional técnico e a de caráter social.

Lima (2001) e Ribeiro e outros (2007) identificam no trabalho da enfermagem características remanescentes da divisão técnica de organização taylorista, conhecida como Organização Científica do Trabalho, que, deu origem ao trabalho profissional da enfermagem, [...] e marca fortemente até hoje o trabalho em saúde”, “[...] podendo destacar a própria divisão social/técnica do trabalho no setor Saúde” (LIMA, 2001, p. 78). Merhy (2005) e Franco (2007) refletem que o trabalho quando realizado com essa característica, as ações se tornam repetitivas e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; FRANCO, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2007).

A fragmentação e a burocratização no trabalho em Saúde na visão de Campos (2006) introduzem normas administrativas e padronizações técnicas com possibilidades de controlar e regulamentar esse processo, traduzindo-se num

problema para enfrentá-lo. Para o autor, uma forma de intervir no trabalho com o fim de alcançar eficácia e eficiência, é a concessão de autonomia técnica, aliada à articulação de ações.

O cuidado em Saúde é trabalho coletivo que se desenvolve com características de trabalho profissional. Pode ser realizado de forma autônoma numa relação direta com o profissional da Saúde e o sujeito, bem como de forma coletiva por grupos de trabalho, que dominam conhecimentos e técnicas especiais para assistir indivíduos ou grupos populacionais (RIBEIRO *et al.*, 2007). Nessa perspectiva, Lima (2001) aponta que a prática da enfermagem produz-se numa intensa relação com outros trabalhos em Saúde. Nessa perspectiva, o trabalho em Saúde deve ser analisado considerando as várias tendências que o debate em Saúde requer.

A dinâmica do processo de trabalho em Saúde visualiza conexões percebidas no uso de tecnologias presentes na dimensão tanto técnica, quanto social do trabalho. Dessa forma, a tecnologia deixa de ter motivações somente de ordem técnica, econômica e política, para assumir uma opção em que o processo de trabalho passa a ter noções mais ou menos racionalizadas, dependendo de sua finalidade (GONÇALVES, 1994). Nesse estudo, o autor divide tecnologia do trabalho em Saúde em “tecnologias materiais”, que designam máquinas e equipamentos utilizados, e “tecnologias não materiais”, que são “[...] conexões socialmente determinadas que ligam seus agentes à dinâmica da representação social (GONÇALVES, 1994, p. 125). Nesse sentido, o autor aponta que as tecnologias devem ser consideradas como estudo na utilização dos processos de trabalho em Saúde: “As tecnologias, no sentido amplo em que aqui se considera, é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais” (GONÇALVES, 1994, p. 126).

Uma reflexão sobre o processo de trabalho descrito por Merhy (2005), Peduzzi (2002), Gonçalves (1994), Lima, (2001, 2005) e Ramos (2007) identificou o saber como uma categoria presente e operante no trabalho em Saúde, categoria que permite ao profissional ser o mediador nas relações do cotidiano dos serviços e organizar as ações contidas nos processos produtivos em várias de suas dimensões.

É interessante verificar a reflexão de Campos (2006, p. 248-249), ao ressaltar que o processo de trabalho em Saúde desenvolvido pelas equipes pode ser organizado a partir dos conceitos de Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade. Por Núcleo, o autor entende o conjunto de competências e saberes singulares de responsabilidade específica de cada profissão. Por Campo, entende os saberes básicos, comuns às várias profissões e existentes nos diversos processos, entre eles a relação profissional/paciente, o risco epidemiológico, as regras gerais de promoção e de prevenção, ou seja, as noções genéricas, inserindo aí, ainda, a organização do processo de trabalho em Saúde. Partindo dessa premissa, o autor considera fundamental identificar nas ações as responsabilidades e competências inerentes a cada profissional.

Franco (2006) e Merhy e Franco (2008) identificam que a vida produtiva se organiza pelas relações de fluxos horizontais que acontecem nas organizações e se repete para todos os níveis de produção. Essa forma de condução de processos é social e subjetiva, configura-se numa certa micropolítica, entendido como o cotidiano dos sujeitos no cenário em que ele se encontra. Na Saúde o trabalho é realizado por meio do trabalho vivo em ato, que acontece no encontro usuário e trabalhador. Portanto, trabalhar na Saúde é ser investido de um sentido de coletivo, interdisciplinar, que interage o tempo todo com instrumentos, normas e tecnologias, configurando-se assim um processo de trabalho, em que o trabalho de um sempre depende do trabalho do outro.

Para Merhy (2005), o trabalho em Saúde envolve o uso de tecnologias que se expressam nos processos de produção e podem ser classificadas de “leves”, “leve-duras” e “duras”. A tecnologia “dura” está relacionada ao uso de máquinas e equipamentos tecnológicos, incluindo nesse cenário as normas e estruturas organizacionais. A tecnologia “leve-dura” refere-se aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em Saúde. A tecnologia “leve” ultrapassa a noção de equipamentos e máquinas e avança para a produção de produtos singulares, incluindo a organização das ações humanas nos processos produtivos e sua dimensão inter-humana, que se expressa no trabalho, com o usuário final. O autor ainda reflete que esse tipo de tecnologia é “[...] articulada à produção dos processos das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras” (MERHY, 2005, p. 51).

Nessa perspectiva, Feuerwerker (2005, p. 495) coloca que a produção da clínica deve ser enriquecida “[...] na dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores em lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários”.

Rossi (2005) comenta que o processo de trabalho em Saúde estabelece um espaço de constantes relações de movimento entre o trabalho morto e o trabalho vivo, que são, concomitantemente, condicionantes e condicionados. Nesse sentido, a autora considera que, nesses espaços, ainda estão presentes resquícios mecanicistas fragmentados e invasão soberana do trabalho morto sobre o vivo. Assim, chama a atenção para o fato de que, em algumas instâncias, a prática mostra um não aproveitamento de oportunidades de criação de espaços resolutivos, de crescimento pessoal e profissional presente nas relações cotidianas, resultantes dos vários encontros entre o usuário e a equipe. Dessa forma, Rossi identifica defasagens de atualização e contextualização dos diferentes momentos vivenciados, bem como dificuldades, acomodação e passividade diante das necessidades de modificar práticas e buscar novas tecnologias e novas formas de se desenvolver o processo de trabalho. Para a autora, embora os encontros possam acontecer entre os mesmos indivíduos, eles ocorrem em momentos e situações diferentes e distintas; portanto, estão sempre em processo de renovar-se.

Nessa perspectiva Franco (2006) identifica redes de produção que fluem no processo de trabalho em Saúde, que muitas vezes expressa-se sob forte intervenção normativa e chama a atenção para a capacidade do profissional em abrir linhas de fuga a fim de encontrar novos territórios de significação, que dão novos sentidos à produção de criatividade no cuidado em Saúde. No entendimento do autor, é essa relação que faz com que o trabalho vivo em ato vivencie constante transformação.

No trabalho em Saúde, o profissional é identificado como protagonista na ressignificação e transformação de novos processos de trabalho. Essa liberdade para estabelecer-se de forma autônoma intenta libertá-los da mordaza taylorista e despertá-los à construção de novos modelos de intervenção no trabalho. Portanto, as ferramentas estão postas para serem utilizadas na dinâmica do trabalho em Saúde, produzidas no trabalho vivo em ato. Essas transformações têm como

objetivo alcançar como resultados práticas humanitárias, que repercutam na vida do trabalhador, do usuário do sistema e envolva também a organização do processo de trabalho na Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Como o estudo buscou investigar questões de interesse institucional, a metodologia qualitativa mostrou-se mais adequada para esse propósito. Minayo (2008) considera que a metodologia qualitativa contribui para focalizar estudos nas instituições, nos grupos, nos movimentos sociais e no conjunto de interações pessoais. Para a autora, a abordagem qualitativa permite ao pesquisador ir além da quantificação dos dados, uma vez que possibilita compreender dimensões mais profundas que não ficam presas somente a variáveis.

Este é também um estudo de natureza documental, pois busca identificar informações factuais nos documentos, a partir de questões ou hipóteses de interesse. Ludke e André (1986, p. 38) afirmam que a análise documental pode constituir-se “[...] numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos de um tema ou problema”.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo elegeu a SESA como cenário da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa são os representantes de cada segmento envolvido no PEPSUS/ES. Entre os segmentos encontram-se quatro instituições formadoras (IF): uma pública, uma filantrópica e duas privadas, com um total de cinco representações; três Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com um representante de cada instituição; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com um representante; a SESA, com dois representantes; três hospitais-escola

(HE): dois públicos e um filantrópico, com um representante cada um; o Conselho Estadual de Saúde (CES), com um representante; dois estudantes envolvidos com o projeto Vivência de Estágio no SUS (VER-SUS) de duas instituições formadoras, um representando o curso de medicina e outro o de enfermagem, somando-se um total de dezessete sujeitos.

O critério de escolha dos sujeitos pesquisados foi a assiduidade. A seleção foi feita com base na leitura das atas das reuniões de trabalho do PEPSUS/ES, realizadas no período de outubro de 2003 a julho de 2006, optando-se pelos mais assíduos. Esse critério de escolha justifica-se pelo fato de a pesquisa ter como objetivo identificar a vivência dos sujeitos na experiência de integrar e interagir no Polo, razão pela qual se considerou importante que esses sujeitos tivessem uma visão geral dos acontecimentos gerados nesse processo.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados documentais foram coletados em leis, atas e relatórios relacionados ao objeto de estudo. Para a coleta desses dados foi formalizado um Termo de Compromisso Institucional (ANEXO C).

A pesquisa utilizou um roteiro de entrevista com questões semiestruturadas (APÊNDICE B), que, segundo Trivinos (2006), contribui para elucidar a fala na abordagem dos assuntos e para responder aos objetivos da pesquisa. Para o autor, isso acontece porque esse instrumento [...] parte de certos questionamentos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa (TRIVINOS, 2006, p. 146). Assim, esse cenário oferece um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes.

O roteiro de entrevista foi direcionado por cinco perguntas: a primeira, para identificar como se deu a inserção dos sujeitos no Polo; a segunda, para obter

informações sobre a vivência desses sujeitos no PEPSUS/ES; a terceira, para que se apontassem as fragilidades e potencialidades identificadas no processo; a quarta se propôs identificar a percepção dos sujeitos à Política de Educação Permanente editada pela Portaria nº 1996/07, que rege o momento atual.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Primeiramente, foi dada ciência aos entrevistados dos objetivos propostos na pesquisa e colhida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas, que se realizaram no período de setembro a outubro de 2011, foram todas gravadas. Durante a execução, foi concedida a cada participante a oportunidade de discorrer sobre todas as fases vivenciadas na experiência de participar do processo de integração e interação com o PEPSUS/ES. Todo o material gerado nas entrevistas foi posteriormente transcrito, constituindo-se numa abundante e preciosa fonte de dados e base para análise.

4.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados coletados foram tratados mediante a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que analisa a discursividade encontrada nas falas individuais, sob a forma de um discurso, falas que expressam um pensamento coletivo, de modo a tornar mais clara uma dada representação social ou um conjunto de representações (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011).

O DSC utiliza-se de figuras metodológicas denominadas Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs) e Ancoragem (AC). As ECHs significam pedaços ou trechos de entrevistas que são transcrições literais dos depoimentos e revelam a essência do conteúdo das representações presentes nesses depoimentos. As ICs referem-se a um nome, ou expressão linguística, que descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido presente. A AC consiste numa “[...] manifestação linguística explicitada em uma dada teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa [...]” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011, p. 33-34). Para os autores, essa

técnica constitui-se numa estratégia que permite “[...] veicular uma determinada e distinta opinião ou posicionamento [...]” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010, p. 17). Pode compor tantos discursos-síntese que julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010)

Os dados foram coletados por meio de leituras minuciosas das respostas dadas a cada pergunta. Após essa análise, foram organizados mediante o emprego do *software Qualiquantisot*, versão 1.3c, desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Sales e Pascoal Informática. Esse *software* ajuda a organizar o material na preparação da análise dos dados. As transcrições dos discursos (ECH) bem como a descrição do sentido das ICs foram organizadas em etapas, que discriminam dois instrumentos de análise do discurso: o IAD1 e o IAD2. O IAD2 é construído com os diversos discursos gerados no IAD1.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES e aprovado em 9 de dezembro de 2010, sob o n.º 301/10, no cumprimento dos procedimentos internos relativos às exigências prescritas na Resolução n.º 196/96.

Devido a exigências da SESA, a pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, que funciona no Hospital Nossa Senhora da Glória, em 19 de julho de 2011, e aprovada sob o n.º 12/2011.

5 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

5.1 O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO

O estado do Espírito Santo, cuja capital é Vitória, localiza-se na Região Sudeste. Apresenta uma área geográfica de 46.098.571km² e densidade demográfica (habitantes por km²) de 76,25. Tem uma população economicamente ativa de 1.896.494, sendo 1.540.469 pessoas na área urbana e 356.025 pessoas na rural. Limita-se ao norte com o estado da Bahia, ao sul com o do Rio de Janeiro, a oeste com o de Minas Gerais e a leste com o Oceano Atlântico (IBGE, 2010).

Tem 78 municípios e 3.514.952 habitantes, com aproximadamente 50% da população localizada na Região Metropolitana, representada pelos municípios de Vitória (327.801), Vila Velha (414.586), Cariacica (348.738), Serra (409.267), Guarapari (105.286), Viana (65.001) Fundão (17.025). Os outros municípios mais populosos são Cachoeiro de Itapemirim (189.889), Linhares (141.306), Colatina (111.788), São Mateus (109.028) e Aracruz (81.832) (IBGE, 2010).

As diretrizes do Governo visam fazer avançar um modelo de desenvolvimento que inclui a sociedade num ambiente sustentável e geograficamente desconcentrado, que promova um desenvolvimento equilibrado entre os municípios que compõem a Região Metropolitana, no litoral e no interior do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2008).

De acordo com o Plano Diretor Regional (2011), o Estado constitui-se de regiões complexas e, devido à sua dinamicidade, no estudo de delimitação para o planejamento das ações de Saúde foram considerados fatores, tais como as condições de acesso, fator fundamental nessa análise. Nesse sentido, as características dos territórios definiram as estratégias de intervenção e finalidade a serem adotadas no plano, de modo que se consolidem os princípios constitucionais do SUS.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011



Figura 1: Plano Diretor de Regionalização.

Fonte: Portal do Governo do Estado do Espírito Santo.

5.2 A SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O modelo de Saúde adotado no Estado é orientado pelos princípios e diretrizes expressos nas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro 1990, e n.º 8.142, de 20 de dezembro de 1990, seguindo orientações estratégicas: I - descentralização, com microrregionalização; II - estruturação a partir da atenção primária; III - organização de sistemas integrados de Serviços de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2005a).

Tem como Política de Descentralização na Saúde reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, com garantia do acesso da população aos serviços e ações de Saúde, com integralidade e resolubilidade. Em 2002 com a aprovação da NOAS 01/02, na instância federal, a SESA iniciou estudos para a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a finalidade de organizar o acesso do usuário e promover uma integração aos sistemas funcionais e pontos de atenção à saúde (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Para elaboração do PDR foi considerado o acesso, a economia de escala e de escopo, o perfil epidemiológico, as variáveis de distância entre os pontos assistenciais, o tipo de pavimento, o custo e a densidade tecnológica, além dos fluxos do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Em 2006, estudos demonstraram que o desenvolvimento capixaba dos últimos trinta anos concentrou-se na Região Metropolitana da Grande Vitória. Ao mesmo tempo, outros polos, como Cachoeiro de Itapemirim, Alegre e Colatina, perderam espaço na economia estadual, levando a um quadro de desequilíbrio, tanto na metrópole como em todo o interior do Estado. Na perspectiva de modificar essa realidade, foram desenvolvidos projetos de estudos, apontando para uma rede de cidades capixabas como polos de desenvolvimento regional (ESPÍRITO SANTO, 2011).

5.3 A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

A SESA é o órgão da administração direta do Estado responsável pelos encaminhamentos das ações de Saúde. Tem por finalidade a prestação de serviços, na forma de assistência ao cidadão, com ações prioritárias voltadas para a reabilitação da saúde e a cura da doença. Tem como atribuições planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar as ações setoriais de responsabilidade do Estado que estejam vinculadas à atenção integral (ESPÍRITO SANTO, 2005b).

Até julho de 2007, fazia parte de sua estrutura o Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), criado pela Lei Delegada n.º 4, de 9 de setembro de 1967, e transformado em autarquia pelo Decreto n.º 1.469-N, de 27 de outubro de 1980, concentrando as atividades de administração de recursos humanos, desenvolvidas por intermédio da Superintendência de Recursos Humanos, e de treinamento e desenvolvimento de pessoal, que tinham como setor responsável a CODRHU, instituída em 1990 pela Lei Complementar n.º 4.317, de 4 de janeiro de 1990 (ESPÍRITO SANTO, 1990).

Em 2004 e 2005, as Leis Complementares n.º 317, de 7 de janeiro de 2005, e n.º 348, de 21 de dezembro de 2005, respectivamente, alteraram a estrutura organizacional da SESA e do IESP. Nesse contexto, a CODRHU passou a ser designada como Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH), vinculado, no nível de execução programática, à Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (ESPÍRITO SANTO, 2005a, 2005b).

À gerência do NUEDRH vinculavam-se as ações do Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFS), cuja responsabilidade era suprir as necessidades de formação de pessoal de nível médio atuante no SUS/ES. Além de mudanças na estrutura organizacional, essas leis também estabeleceram que a função da SESA não seria mais a de executora, e sim a de reguladora do sistema.

Em 26 de julho de 2007, o Governo do Estado, dando continuidade ao processo de reestruturação na Saúde, aprovou a Lei Complementar n.º 407, que estabelecia os mecanismos para o aprimoramento da gestão hospitalar. Essa lei criou a Gerência de Recursos Humanos (GRH) como instância de formulação, controle e execução da

Política de Recursos Humanos da SESA e extinguiu o IESP. Nesse contexto, os órgãos anteriormente pertencentes ao IESP passaram à estrutura da SESA, e as ações da Administração de Recursos Humanos e do NUEDRH ficaram vinculadas à GRH (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Em 31 de janeiro de 2008, o NUEDRH ganhou reconhecimento como entidade institucional para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente e de outras, através da Portaria n.º 003-R, que o designou como órgão responsável por implantar e desenvolver a Educação Continuada e/ou Permanente, treinamentos em cursos e afins, sob a coordenação da GRH, centralizando, assim, as ações de educação em Saúde em andamento ou em processo de implementação na SESA.

De acordo com a Lei Complementar n.º 317/05, o NUEDRH tinha por finalidade planejar, coordenar, assessorar e acompanhar as atividades relativas ao desenvolvimento de recursos humanos, voltadas para as necessidades específicas do SUS/ES, competindo-lhe o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente para os profissionais da SESA e o estabelecimento de relações de integração que fossem necessárias ao cumprimento dessas atividades (ESPÍRITO SANTO, 2005a).

5.4 ANTECEDENTES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A legitimação da Estratégia Saúde da Família no Estado como modelo prioritário de reorganização da Atenção Primária à Saúde trouxe como consequência a criação dos Polos-SF, cuja finalidade era a capacitação de profissionais (BRASIL, 2004a, 2004b).

Nesse contexto, a SESA, refletindo o desafio de capacitar os profissionais por intermédio da CODRHU, seguindo orientações do Ministério da Saúde articulou, em 1997, a criação do Polo-SF/ES, formalizado em 1998.

A CODRHU, dando início a esse processo, desenvolveu parcerias com a Coordenação Estadual do Programa Saúde Família, com a UFES – representantes da Medicina Social, Enfermagem e Serviço Social – com a Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM) – representante da Medicina Social, Ginecologia e Materno-Infantil – e com o COSEMS.

O Polo-SF/ES iniciou suas atividades com duas prioridades: qualificar profissionais por meio de Cursos Básicos em Saúde da Família e de treinamentos introdutórios para enfermeiros. Nessa direção, no período de 1997 a 2003 foram formadas onze turmas do Curso Básico em Saúde da Família, organizadas de acordo com as demandas existentes nos municípios, e onze turmas de Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família para os enfermeiros, com carga horária de 49 horas. Assim, foram capacitados 480 profissionais e 201 enfermeiros, respectivamente. Entre as ações articuladas pelo Polo-SF/ES, identifica-se ainda a realização de dez cursos introdutórios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, cinco cursos de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), quatro cursos para a Odontologia com a metodologia *Problem Based Learning* (PBL), Atualização do Auxiliar de Enfermagem, cursos promovidos pelos programas estratégicos da SESA, como Tuberculose, DST/AIDS, Hanseníase e Materno-Infantil (AZOURY, 2003).

No campo da pós-graduação, identificou-se a realização de dois Cursos de Especialização em Saúde da Família: o primeiro, realizado pelo Departamento de

Enfermagem da UFES em parceria com a SESA, e o segundo, também pelo Departamento de Enfermagem com a UFES, que contou com a parceria da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Constata-se ainda a realização de duas turmas do Curso de Especialização em Gestão e Gerência dos Serviços de Saúde, realizada numa parceria entre a SESA, a EMESCAM e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

Estudos desencadeados no Estado para a realização do PDR, iniciados a partir de 2002, identificaram fragilidades no que se refere a resultados de indicadores de Saúde, apontando a necessidade de avançar no processo educativo, o que proporcionou uma reflexão sobre o formato dos cursos desenvolvidos no Estado. Nesse contexto, alguns desafios foram enfrentados pelo Polo-SF/ES, como a existência do modelo incipiente de Saúde associado à grande demanda de formação; dificuldades de interlocuções e a realidade de que os cursos eram definidos pelo Ministério da Saúde, devendo ao Estado apenas a execução.

De acordo com avaliações de técnicos da SESA, embora a proposta do governo federal de implementação do Polo-SF/ES nascesse com o propósito de iniciar o debate da Educação Permanente, o modelo de reorganização da Atenção Primária requiritava pensar novas ferramentas no que se refere ao desenvolvimento desses profissionais para o trabalho em Saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA DOCUMENTAL

6.1 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

As informações aqui apresentadas basearam-se na leitura de documentos, entre os quais atas e relatórios gerados em função dos trabalhos desenvolvidos no PEPSUS/ES, que aconteceram no período de outubro de 2003 a julho 2006. Todos os dados foram fornecidos pelo NUEDRH da SESA, anteriormente denominado CODRHU, órgão responsável institucionalmente pelo apoio aos processos educativos dos profissionais da Saúde das unidades administrativas tanto da SESA como dos municípios.

O processo de implantação do PEPSUS/ES teve início no primeiro semestre de 2003, quando os profissionais da CODRHU inseridos nas discussões iniciadas pela SGTES em abril de 2003 aderiram à proposta formulada pelo Ministério da Saúde a respeito da ampliação dos Polos-SF para os PEPSUS. Com essa perspectiva, passaram a articular nos órgãos internos a ampliação do Polo-SF/ES, formalizado em 1998, para o que posteriormente se denominou Polo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo (PEPSUS/ES).

Uma vez criado o PEPSUS/ES, os profissionais da CODRHU elaboraram agendas internas na SESA para uma reunião que aconteceu no dia 11 de setembro de 2003, no auditório do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado do Espírito Santo (IPAJM), cujo objetivo foi discutir pontos fundamentais para a proposta de um desenho estratégico de capacitação dos profissionais.

Dando continuidade a esse processo, realizou-se a primeira oficina de trabalho para refletir a formação do PEPSUS/ES, que aconteceu nos dias 1.º e 2 de outubro de 2003, no Centro de Ciências da Saúde da UFES, e contou com a participação de vários representantes institucionais, tais como SESA, UFES, EMESCAM, Faculdades Integradas Espírito-Santenses (FAESA); Universidade de Vila Velha

(UVV); diretórios acadêmicos dos Cursos de Medicina e Enfermagem; hospitais-escola, Ministério do Trabalho e Emprego FUNDACENTRO, Conselhos Municipais e Estaduais, além dos participantes do Polo-SF/ES. Esta oficina foi coordenada pela SESA e os consultores da SEGTS, José Inácio Jardim Motta e Laura Feuerwerker.

Nessa oficina, foi apresentada a proposta de criação dos PEPSUS como instâncias de articulação localregionais para agregar responsáveis por determinados territórios, a fim de se promoverem articulações com atores interinstitucionais para reflexões e negociações. O propósito era que as políticas educativas fossem formuladas a partir de uma análise crítica da realidade encontrada nos espaços localregionais. Assim, refletiu-se a respeito da importância de inserir representantes dos movimentos sociais e instituições de ensino nas discussões sobre a formação em Saúde. No decorrer dos trabalhos, foram formados grupos para desenvolverem temáticas sobre a prática educativa, com o foco de análise em educação x trabalho, aprofundando-se nos conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente.

Nesse contexto, as instituições de ensino foram convidadas a “entrar na Roda”, ou seja, integrar o Polo, e negociar iniciativas inovadoras e articuladoras em quatro campos: produção do conhecimento, Educação Permanente, mudanças na graduação e prestação de serviços. Assim, foram colocadas várias propostas políticas para a formação dos profissionais da Saúde, entre elas a construção de rede de serviços como espaço de ensino, o conceito ampliado de Saúde e o reconhecimento de que todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes de aprendizagem. Após reflexões, o coletivo presente nessa oficina entendeu como necessária a constituição do PEPSUS/ES, formulando-se então uma agenda estratégica para o desenvolvimento de outras ações. A partir daí, foram realizadas outras oficinas com o objetivo de estruturar o PEPSUS, durante as quais se contou com a assessoria de José Inácio Jardim Motta.

O PEPSUS/ES teve como representantes a SESA/IESP, por meio da Superintendência Central de Recursos Humanos (SCRH), da Superintendência Central de Planejamento, Epidemiologia e Informação (SCPEI) e da Superintendência Central de Assistência à Saúde (SCAS); a UFES, por meio das Coordenações dos Colegiados dos Cursos de Enfermagem e de Medicina e da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); a

EMESCAM, por representantes dos cursos de Medicina e Fisioterapia; a UVV, por representantes do Curso de Enfermagem; a FAESA, por meio da Coordenação dos Cursos de Pós-Graduação; os alunos dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem da UFES; a SMS de Vitória, por intermédio da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas, e as SMSs de Vila Velha e da Serra, por meio da GRH. Participaram também representantes do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), do Hospital Nossa Senhora da Glória (HINSG), da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com os respectivos representantes da Direção Geral, além dos do COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde.

A primeira reunião oficial do PEPSUS/ES foi realizada no dia 16 de outubro de 2003; as demais seguiram-se com frequência semanal, direcionadas a formalizar convite às instituições de ensino, aos órgãos institucionais do SUS no Estado e aos demais segmentos da sociedade.

As reflexões realizadas durante as oficinas identificaram a inexistência de um sistema de Educação Permanente que favorecesse o aparecimento tanto de demandas como de respostas estruturadas apenas pela lógica da Educação Continuada. Dessa forma, compreendeu-se ser necessária a criação de um conjunto de ações que possibilitasse gerar um sistema de Educação Permanente, de modo a prosseguir respondendo pedagogicamente às necessidades do Sistema de Saúde.

A fim de avançar, foi solicitado a cada instituição-membro do PEPSUS/ES que inserisse suas propostas para compor o conjunto de ações. As instituições que atenderam a essa solicitação foram a UFES, a SESA, a FAESA, a EMESCAM e a SMS de Vitória. As propostas foram apresentadas, debatidas e avaliadas nas oficinas de trabalho e redundaram na construção do Plano Estadual de Educação Permanente.

A construção desse processo desenvolveu-se com base em dois eixos temáticos: Estratégicas Estruturantes e Projetos Operacionais. Definida essa questão, a comissão foi dividida em dois grupos para discutir e consolidar as propostas apresentadas, o que possibilitou a elaboração de um Plano Diretor em Educação Permanente para o Estado, que procurou refletir um fluxo de demandas educacionais no âmbito da Educação Permanente.

O Eixo Estratégico Estruturante correspondeu a um conjunto de ações construído mediante o agrupamento de cinco subeixos: Gestão do Polo, Desenvolvimento de Sistemas Locais de Educação Permanente, Sistemas de Acompanhamento e Avaliação, Formação em Saúde e Informação e Comunicação.

O Eixo Projetos Operacionais correspondeu a um conjunto de ações referente à execução de políticas públicas prioritárias, traduzindo as estratégias de enfrentamento das necessidades de saúde do Estado. Este eixo foi construído com base em seis subeixos: Atenção Primária à Saúde, Gestão e Gerência em Saúde, Rede de Urgência e Emergência, Regulação, Avaliação e Controle, Vigilância e Formação em Saúde. Para desenvolver esses eixos e subeixos, foi criada uma planilha denominada “Estratégia Operacional do Plano”, composta de itens e subitens que proporcionaram o detalhamento de cada projeto.

Os profissionais representantes da Superintendência Central de Planejamento, Epidemiologia e Informação (SCPEI) da SESA, na formulação do Plano de Ação Estadual, sugeriram mudanças nos subeixos Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, e definiram, juntamente com outros profissionais, cinco áreas temáticas a serem trabalhadas: Cursos Técnicos, Gerenciamento e Sistema de Informação, Macroeventos, Ações Intersetoriais e Vigilância em Saúde.

A partir desses delineamentos, os integrantes do PEPSUS/ES construíram o Plano Estadual de Educação Permanente. As instituições interessadas em participar do Polo viabilizaram o preenchimento dos dados em formulários disponíveis no [site www.saude.gov.br/normasdefinanciamiento.asp](http://www.saude.gov.br/normasdefinanciamiento.asp) e providenciaram os documentos necessários de acordo com as exigências do Ministério da Saúde.

O Plano foi elaborado pela comissão do PEPSUS/ES com assessoria de José Inácio Jardim Motta. Em seguida foi debatido e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e encaminhado ao Ministério da Saúde. Realizaram-se, então, interlocuções com os integrantes do PEPSUS/ES para delineamentos e ajustes, com registro da última versão elaborada em fevereiro de 2004. No entanto, o contrato para execução foi firmado entre a SESA e a UNESCO – agência de fomento, em dezembro de 2004, e a primeira parcela dos recursos foi recebida no Estado em janeiro de 2005.

Enquanto aguardavam a liberação dos recursos provenientes do Polo, os representantes seguidos de aprovação e acompanhamento de técnicos do Ministério da Saúde optaram por realizar algumas ações com recursos extrateto, entre as quais o VIII Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEM), promovido pela UFES, o projeto VER-SUS, executado também pela UFES, e o Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pelas quatro instituições de ensino componentes do Polo – UFES, FAESA, EMESCAM e UVV.

Com o recebimento da primeira parcela dos recursos provenientes da UNESCO foi executado o Curso Básico em Saúde da Família numa parceria entre a SESA/IESP e Escola de Serviço Público do Estado (ESESP). No entanto, registra-se que esses recursos não permitiam mobilidade de gastos, devido a especificidades exigidas nas formalizações contratuais, por se tratar de verba internacional, o que fez com que o contrato formalizado com a UNESCO fosse rescindido em agosto de 2006.

Na dinâmica das reuniões do PEPSUS/ES, realizavam-se detalhamentos dos projetos pactuados, recebiam-se demandas de cursos, debatiam-se e encaminhavam-se acordos. Nesse contexto, emergiram divergências consensuais e o desafio de aglutinar diferentes interesses institucionais, em que jogos políticos ganharam ou perderam potência.

Em janeiro de 2005, foi publicada a Lei Complementar n.º 317, que modificou a função da SESA de executora de ações para reguladora do sistema e trouxe importantes alterações à estrutura organizacional da SESA e do IESP. Nesse contexto, vários órgãos e setores pertencentes ao IESP – extinto posteriormente pela Lei Complementar n.º 407/2007 – passaram à estrutura da SESA, entre esses a CODRHU, que passou a denominar-se Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH).

O novo *status* concedido à Secretaria dificultou a implementação das ações pactuadas para execução na SESA, tendo em vista a ausência de um instrumento jurídico para pagamento de hora/aula aos profissionais – técnicos da área da Saúde. Nesse contexto, houve uma reformulação nos órgãos do Governo, que deliberou a mudança do Secretário de Estado da Saúde e a substituição de gestores nos níveis estratégicos e intermediários em órgãos internos da SESA. Entre esses atos consta

a mudança da chefia da CODRHU, transformada em NUEDRH, que atuava de forma estratégica na condução dos processos iniciados pelo PEPSUS/ES. Após essas mudanças, houve a passagem de três coordenações no NUEDRH no período de janeiro de 2005 ao segundo semestre de 2006, o que dificultou o andamento dos processos para implementação das ações pactuadas no PEPSUS/ES.

No cenário federal, em julho de 2005 o Ministro da Saúde Humberto Costa foi substituído pelo Ministro Saraiva Felipe que ao assumir substituiu os dirigentes formuladores da Portaria n.º 198/04 e rompeu com a proposta dos PEPSUS, desfazendo o trabalho anteriormente iniciado.

No Espírito Santo, essa situação prejudicou ainda mais a implementação das ações propostas no PEPSUS/ES, tendo em vista dificuldades de comunicação com a equipe que assumiu o Ministério da Saúde a partir de julho de 2005. A pesquisa mostra que esse acontecimento repercutiu em esfriamentos, desmotivação, desgastes e dispersão dos integrantes do Polo e contribuiu para desestruturar não só o PEPSUS/ES, mas também os Polos existentes em todo o País.

6.1.1 PROJETOS PACTUADOS NO PPEPSUS/ES

Para melhor visualização dos projetos pactuados no PEPSUS/ES, elaborou-se uma síntese desses projetos, conforme discriminados nos Quadros 1 e 2, a seguir:

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	CH	VAGAS	INSTITUIÇÃO EXECUTORA
Gestão do Polo – Oficinas para Atualização, Avaliação e Aperfeiçoamento	32	78	SESA / IESP
Desenvolvimento de Sistemas Locais de Educação Permanente	408	775	SESA / IESP
Sistemas de Acompanhamento e Avaliação	48	60	UFES
Oficinas de Formação em Saúde	388	530	UFES, EMESCAM, FAESA, UVV
Informação e Comunicação	Não se aplica	Não se aplica	SESA / IESP

Quadro 2: Projetos pactuados pelo PEPSUS/ES.

Fonte: SESA-ES, 2004.

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	CH	VAGAS	INSTITUIÇÃO EXECUTORA
Atenção Primária à Saúde – Curso Básico em Saúde da Família	272	650	SESA / IESP
Atenção Integral e DANTs	560	1.008	SESA / IESP
Curso de Especialização em Saúde da Família	-	160	UFES, EMESCAM, FAESA, UVV
Gestão e Gerência em Saúde	128	80	SESA/IESP
Rede de Urgência e Emergência	112	150	SESA / IESP
Regulação, Avaliação e Controle	525	1.152	SESA / IESP
Vigilância em Saúde	380	328	SESA / IESP
Formação em Saúde – VER-SUS	12	180	UFES
Qualificação em Vigilância em Saúde	160	1.800	SESA / IESP
Mestrado Interinstitucional em Pediatria	20	6.016	
Oficinas do VIII Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem – SENADEN	150	24	UFES / ABEN
Capacitação dos Recursos Humanos nas Recepções das Unidades de Saúde para Atendimento Humanizado	385	176	SESA / IESP

Quadro 3: Matriz dos projetos pactuados pelo PEPSUS/ES.

Fonte: SESA-ES, 2004.

6.1.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ESTADO NA VIGÊNCIA DO PEPSUS/ES

O quadro 3 retrata as ações que foram implementadas no Estado a partir das discussões realizadas no PEPSUS/ES.

TÍTULO	Instituição Executora / Certificadora
O Projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS – VER-SUS	UFES
VIII Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN) – 2004	UFES
Curso Básico em Saúde da Família	SESA / IESP e ESESP
Especialização em Saúde da Família	UFES, EMESCAM, FAESA e UVV
Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde	SESA / IESP e ENSP
Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador	EMESCAM
Formação Inicial de Agentes Comunitários de Saúde	SESA / NUEFS / NUEDRH

Quadro 4: Projetos implementados na vigência do PEPSUS/ES.

O Projeto VER-SUS foi coordenado pela UFES e desenvolvido por estudantes do Curso de Graduação na Área da Saúde, agregando outros discentes de várias instituições formadoras de profissionais nessa área. Esse projeto ofereceu aos estudantes oportunidade de conhecer realidades encontradas nos Serviços Públicos de Saúde do Estado e resultou em interessantes relatos de experiências nesse processo.

O VIII Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN) foi desenvolvido em parceria entre o Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da UFES e o Projeto da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Espírito Santo, realizado no período de 31 de agosto a 3 de setembro de 2004, em Vitória, Espírito Santo.

O Curso Básico em Saúde da Família – o único realizado com recursos do Polo – foi administrado pela ESESP e executado de forma descentralizada. Ofereceu 426 vagas distribuídas entre as Regionais de Cachoeiro do Itapemirim, Colatina e São Mateus e envolveu os técnicos da SESA no processo de capacitação.

O Curso de Especialização em Saúde da Família destacou-se por passar pelo processo de resignificação de sua grade curricular, o que aconteceu por intermédio de quatro oficinas, com o envolvimento de docentes das quatro instituições formadoras participantes do SUS: UFES, EMESCAM, FAESA e UVV. O resultado desse debate redundou numa reformulação da matriz curricular única para os novos cursos de especialização em Saúde da Família, que aconteceu com a assessoria de José Inácio Jardim Motta, técnico do Ministério da Saúde (CAPOZZOLO et al., 2009).

O Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde nasceu de uma iniciativa do Ministério da Saúde e da ENSP. Primeiramente foram selecionados e capacitados sete profissionais para atuar como tutores no curso de facilitadores para o Estado. A entrega do material didático foi feita por intermédio de duas oficinas de validação ocorridas no Rio de Janeiro. O curso aconteceu na modalidade a distância e envolveu 120 profissionais da Saúde, atuantes em todo o Estado (CAPOZZOLO *et al.*, 2009). Esse curso foi tema de amplos debates e discussões nas reuniões do PEPSUS/ES.

Além dessas ações, registra-se a realização do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, executado pela EMESCAM, e o Curso de Formação Inicial de Agentes Comunitários de Saúde, realizado pelo NUEFS.

No período de 2007 a 2010 a proposta de qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores continuou na pauta da SESA-ES, constituindo-se uma prioridade do governo do estado, especialmente no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa perspectiva, executou-se ações como a elaboração da coletânea composta por linhas guia e manuais que orientam a organização das redes de saúde e a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, com o registro de quatro projetos: Expansão e Fortalecimento da APS; Qualificação Profissional; Organização da Gestão da APS e Monitoramento e Avaliação.

Nesse contexto, foi deliberado um Núcleo Pedagógico de Educação Permanente Saúde sob a coordenação do NUEDRH e o Núcleo de Normalização da SESA com a participação das IES, onde elaborou-se as diretrizes da matriz curricular do curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde. A partir dessa construção foi

publicado o edital nº 001/2008 de credenciamento das IES para a implementação do referido curso que ocorreu no período de setembro de 2009 a dezembro de 2011. Essa ação teve o envolvimento de quatorze IES e registro de participação de aproximadamente 2.500 profissionais da Saúde em todo o estado.

6.1.3 CONSIDERAÇÕES

Na dinâmica dos trabalhos desenvolvidos pelo PEPSUS/ES pode-se constatar que as dificuldades encontradas relacionaram-se à pouca participação dos municípios e do controle social na gestão do Polo, ao grande fluxo de entrada e saída de pessoas, à ausência de um representante formal na participação nas reuniões, a problemas de visualização dos objetivos propostos e à falta de consenso no atendimento de interesses diversos. Esses entraves dificultaram o andamento do processo coletivo e careceram de maiores discussões na busca de soluções.

No plano estadual, as dificuldades estiveram atreladas à mudança de dirigente do NUEDRH, ocorrida em janeiro de 2005. Ao assumir o Núcleo, o dirigente estabeleceu novos direcionamentos, modificando o andamento do processo. Associada a essa questão, houve a mudança de função da SESA, que passou de executora das ações para reguladora do sistema, impossibilitando o pagamento de horas/aula para os profissionais técnicos do Estado e dificultando a implementação das ações pactuadas no Plano Estadual de Educação Permanente, por cuja execução era responsável a SESA. Outro fato registrado referiu-se à falta de mobilidade no gasto dos recursos provenientes do Polo, o que fez com que o contrato assinado diretamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), agência de fomento do Polo, fosse rescindido, e o restante da primeira parcela do recurso, devolvido.

Mesmo diante dessas questões, o PEPSUS/ES articulou no Estado a realização de importantes ações, com destaque para o VER-SUS e o Curso de Especialização em

Saúde da Família, realizados pelas quatro instituições formadoras participantes do Polo.

No que se refere ao âmbito federal, a mudança do Ministro da Saúde, que ocorreu em julho de 2005, concorreu para que não se desse continuidade aos Polos, determinando sua extinção. Esse fato fez com que as atividades dos PEPSUS fossem interrompidas, o que ocorreu não só no Espírito Santo, mas na maioria dos estados do País, com o registro de que a última reunião do PEPSUS/ES aconteceu em julho de 2006.

No entanto, no período de 2007 a 2010, a proposta do Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde (APS), emergiu como prioridade do Governo do Estado. O planejamento do referido curso deu-se a partir de um Núcleo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde, no qual se construíram as diretrizes da matriz curricular, numa parceria entre profissionais atuantes no serviço e as instâncias de formação, com o envolvimento de quatorze Instituições de Ensino Superior (IES), e registro de aproximadamente 2.500 profissionais envolvidos no processo de formação em especialistas em Atenção Primária à Saúde.

Face ao exposto, podemos inferir que mesmo com as dificuldades identificadas, no processo de interagir com o PEPSUS/ES, a pesquisa mostra que as reuniões que ocorreram foram ricas em participações; identificadas como potencializadoras no processo de refletir a Educação Permanente que demarcaram o início da institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde no Espírito Santo.

7 RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA: QUEM SÃO OS SUJEITOS EM CENA?

Para iniciar a discussão sobre os dados coletados, optou-se por caracterizar os dezessete sujeitos da amostra, destacando informações sobre sexo, formação, tempo de formação e maior titulação, com o objetivo de conhecer o perfil dos entrevistados neste estudo. O grupo pesquisado teve representação de quatro instituições formadoras (IF), três secretarias municipais da saúde (SMS), três hospitais-escola (HE), dois profissionais da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), um representante do Conselho Estadual de Saúde (CES), um representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e dois estudantes envolvidos com o projeto Vivência de Estágio no SUS (VER-SUS), como segue:

Sujeito	Sexo	Formação	Tempo de Formação	Maior Titulação
1 IF	Feminino	Enfermagem	34 anos	Doutorado
2 IF	Feminino	Medicina	25 anos	Doutorado
3 IF	Feminino	Enfermagem	31 anos	Doutorado
4 IF	Feminino	Medicina	25 anos	Especialização
5 IF	Masculino	Odontologia	26 anos	Mestrado
6 SMS	Masculino	Medicina	28 anos	Especialização
7 SMS	Feminino	Odontologia	31 anos	Especialização
8 SMS	Feminino	Enfermagem	16 anos	Mestrado
9 COSEMS	Feminino	Medicina	27 anos	Especialização
10 SESA	Masculino	Medicina	22 anos	Mestrado
11 SESA	Feminino	Serviço Social	31 anos	Mestrado
12 HE	Feminino	Odontologia	21 anos	Especialização
13 HE	Feminino	Serviço Social	22 anos	Mestrado
14 HE	Masculino	Medicina	36 anos	Especialização
15 CES	Feminino	Secundária	55 anos	Nível Médio
16 ESTUDANTE	Feminino	Medicina	6 anos	Graduação
17 ESTUDANTE	Feminino	Enfermagem	3 anos	Especialização

Quadro 4 – Perfil dos sujeitos entrevistados no estudo.

7.1 ARTIGOS

7.1.1 DISCURSOS E VIVÊNCIAS DOS PROTAGONISTAS DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

7.1.2 (DES)CONSTRUINDO POLÍTICAS: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS NA TRAJETÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

7.1.1 DISCURSOS E VIVÊNCIAS DOS PROTAGONISTAS DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

DISCURSOS E VIVÊNCIAS DOS PROTAGONISTAS DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

RESUMO

Este artigo trata dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS), criados pela Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, como instância de gestão para a pactuação dos projetos educacionais desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de promover um debate entre as instâncias de formação e a prática profissional, a referida portaria toma como base o Quadrilátero da Formação em Saúde e insere nesse debate atores atuantes no ensino, na gestão, na atenção e no controle social. Diante dessa realidade, este estudo propõe-se investigar o Polo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo (PEPSUS/ES). Para tanto, adota uma metodologia de natureza qualitativa, envolvendo os dezessete sujeitos que compuseram o Polo. Procede à coleta dos dados por meio de entrevistas, seguindo um roteiro de perguntas semiestruturadas, cujas respostas analisadas pela técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC). Constata que a vivência da articulação dos processos educativos no PEPSUS/ES se refletiu num espaço de interação de atores institucionais, com vários desafios que tiveram de ser pensados e solucionados. Nesse contexto, observa que a mudança de gestores no âmbito estadual e federal gerou conflitos e desgastes e contribuiu para a interrupção do Polo em todo o País, não só no Estado.

Palavras-chave: Educação Permanente. Política de Educação Permanente. Formação de profissionais.

ABSTRACT

This article addresses the Polos of Continuing Education in Health (PEPSUS), created by Ordinance No. ° 198/GM/MS of February 13, 2004, as a forum for the management pact of educational projects developed in the Unified Health System (SUS). In Order to promote a debate between education and professional practice, this ordinance was based on the Quad of Health Training and so participants included in this debate who were working in education, management, care and social supervision. Based on this fact, the present proposed to study the Polo Permanent Health Education of the State of Espírito Santo (PEPSUS/ES). This is qualitative study conducted with seventeen subjects who composed the Polo. Data was collected through interviews following a semistructured script questions, and, which was analyzed using the technique of collective discourse on the subject. It was found that the discussion of the experience in the education processes of PEPSUS/ES reflected both a complex playing field and a place for the interaction of institutional participants, and, presented several challenges that need to be thought out and resolved. In this context, a change of managers in the state and federal governments generated conflicts and friction which contributed to the interruption of the Polo, not only in the state, but throughout the country.

Keywords: Continuing Education, Education Policy Committee, Training Professionals.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde pressupõe aprendizagem significativa de modo que as práticas profissionais e organizacionais sejam repensadas e ressignificadas a partir das práticas reais, mediante a problematização do processo de trabalho em Saúde. Toma como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população (DAVINI, 2009; CECCIM, 2005a; BRASIL, 2003, 2004b). Para Davini (2009), a Educação Permanente oferece caminhos para o aprendizado na vida cotidiana das organizações ao introduzir a problematização do fazer como fonte de intervenção do conhecimento.

O debate sobre a Educação Permanente em Saúde teve início nas conferências nacionais de recursos humanos, que recomendaram sua aplicação nos órgãos institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a partir de 1994 o Ministério da Saúde passou a incentivar os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Polos-SF), e o debate passou a ser inserido nos processos de capacitação dos profissionais atuantes nos Serviços Públicos de Saúde. Em 2003, o Ministério da Saúde, em reunião com os representantes do Polo-SF, ampliou essa discussão (BRASIL, 2003) e, em fevereiro de 2004, editou a Portaria n.º 198/GM/MS (Brasil, 2004a) divulgando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A referida portaria, com base no Quadrilátero da Formação, criou os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS) como instância de gestão e inseriu nas discussões atores atuantes no ensino, na gestão, na atenção e no controle social, com o objetivo de elaborar os projetos educacionais na área de acordo com a realidade local de Saúde existente na população (BRASIL, 2004b).

No Espírito Santo, o Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS/ES) teve início em outubro de 2003 e permaneceu até julho de 2006. Durante sua atuação, vivenciou situações conflitantes, encerrando suas atividades devido aos novos direcionamentos atribuídos aos Polos, que resultaram na mudança de gestores e dirigentes em setores estratégicos da Política de Educação Permanente que se deu no nível federal.

Após esses acontecimentos, em julho de 2007, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 1.996/GM/MS determinando, no Art. 2.º: “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)”. As CIES deverão ser compostas pelos gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, pelos trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas, pelas instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos, e pelos movimentos sociais ligados à gestão das Políticas Públicas de Saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007, p. 2). Para Peixoto *et al.* (2010, p. 80), a Portaria n.º 1.996/07 consiste de um processo de revisão da Portaria n.º 198/04, sustentada pelos mesmos princípios e premissas e estabelece as CIES como instâncias para a negociação dos processos de Educação Permanente em Saúde nas diferentes localidades do País.

Tendo em vista que os PEPSUS abriram o debate sobre Educação Permanente de forma institucionalizada (BRASIL, 2004a), considerou-se relevante conhecer como se deu esse processo na realidade local. Dessa forma, este estudo tomou o PEPSUS/ES como objeto de investigação e elegeu como objetivos: identificar os principais sujeitos envolvidos nesse processo e investigar, por intermédio desses sujeitos, a vivência de integrar e articular o Polo no estado do Espírito Santo.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tendo em vista que o estudo buscou investigar a realidade existente no meio institucional, tomou-se como base Minayo (2008), por considerar que a metodologia qualitativa estuda questões de interesse social e institucional e pode contribuir para focalizar estudos nas instituições, nos grupos, nos movimentos sociais e no conjunto de interações pessoais, permitindo ao pesquisador ir além da quantificação dos dados, uma vez que possibilita compreender dimensões mais profundas da realidade.

Os sujeitos da pesquisa foram os representantes de cada segmento participante no PEPSUS/ES que atuaram de forma assídua, selecionados por meio de consultas em atas de reuniões de trabalho realizadas no citado período. A forma de seleção desses sujeitos justifica-se pelo fato de que, uma vez que o estudo se propõe investigar a vivência dos sujeitos ao interagir com o PEPSUS/ES, entendeu-se coerente a seleção dos representantes mais assíduos, tendo em vista disporem de uma visão geral do processo.

Os segmentos identificados foram quatro instituições de ensino (IF), com um total de cinco representantes; três secretarias municipais da saúde (SMS), com um representante de cada uma; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com um representante; a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), com dois representantes; três hospitais-escola (HE), com um representante de cada um; o Conselho Estadual de Saúde (CES), com um representante, e duas instituições de ensino onde se desenvolvia o projeto de Vivência de Estágio no SUS (VER-SUS), com dois estagiários, somando-se um total de dezessete sujeitos.

Como instrumento de coleta de dados, elaborou-se um roteiro de perguntas semiestruturadas que, segundo Trivinos (2006), contribuem para elucidar as falas na abordagem dos assuntos para dar resposta aos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2011.

A análise do material coletado foi elaborada mediante a aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que analisa as discursividades encontradas nas representações sociais. A esse respeito Sêga (2000, p. 128) afirma: “As representatividades sociais apresentam-se como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana [...] desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações ou eventos que concerne”. Podem também ser interpretadas como “[...] saber popular [...], que convergem no senso comum e que são socialmente compartilhadas” (DUARTE, 2009, p. 620).

O DSC apresenta os resultados sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, com vistas a expressar o pensamento de uma coletividade (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006). Utiliza como figuras metodológicas uma Ideia Central (IC), Expressões-Chave(s) (ECHs) e a Ancoragem (AC). A IC significa uma síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos, ou, ainda, o juízo de valor a respeito

da realidade institucional ou do complexo em que os sujeitos estão envolvidos; as ECHs são agrupamentos dos discursos relacionados à IC; a AC é a expressão apresentada com um sentido latente atribuído pelo sujeito pesquisado de forma afirmativa (LEVÈFRE; LEFÈVRE, 2010). A fim de contribuir para a organização e ordenamento dos dados, utilizou-se o *software Qualiquantisot*, versão 1.3c.

A análise foi desenvolvida considerando-se as três fases que seguem. A primeira fase consistiu na organização e transcrição dos dados qualitativos de natureza verbal obtidos nos depoimentos. A segunda compreendeu a identificação das ICs, das ECHs e das ACs. A terceira fase aprofundou-se na análise do material reunido, obtendo-se com isso o DSC e consolidando-se por completo a análise. A opção por essa técnica justifica-se pela grande quantidade de respostas recolhidas nas entrevistas e pela riqueza do conteúdo coletado.

Esta investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em dezembro de 2010 e, por uma exigência da SESA, também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, que funciona no Hospital Nossa Senhora da Glória, em julho de 2011. O estudo mereceu pareceres favoráveis desses comitês, encontrando-se de acordo com a Resolução n.º 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com vistas a obter melhor entendimento da realidade vivenciada no PEPSUS/ES, a pesquisa buscou primeiramente conhecer a inserção dos sujeitos nesse processo. Para isso, foi-lhes direcionada a primeira pergunta: “Como se deu sua inserção no Polo de Educação Permanente?”. A resposta a essa questão possibilitou o ordenamento de quatro ICs elencadas a seguir.

- **Como os sujeitos vão constituindo-se na (des)construção do Polo de Educação Permanente em Saúde do Estado?**

IC: Por convite da Secretaria de Estado da Saúde

DSC

Precisavam ter ali pessoas de vários segmentos, então, eu coloquei meu nome à disposição, entendendo que poderia estar contribuindo e até aprendendo. Logo o convite chegou e foi quem tinha mais disponibilidade na época e quem trabalhava na Saúde Coletiva.

Essa IC possibilitou entender que a inserção da maior parte dos sujeitos no PEPSUS/ES foi resultado da articulação dos profissionais da SESA com os órgãos institucionais e outros segmentos da sociedade, promovida pela Coordenadoria de Recursos Humanos (CODRHU).

Dentre os representantes envolvidos no PEPSUS/ES, identificou-se que 30% dos sujeitos entrevistados deram continuidade aos debates sobre Educação Permanente iniciados no Polo-SF – 1997, revelando que as discussões sobre a Educação Permanente em Saúde no Estado transcenderam às do PEPSUS.

IC: Continuidade das discussões iniciadas em 1997

DSC

Eu já vinha de uma discussão antes das diretrizes curriculares. No Estado, já introduziam debates sobre a Educação Permanente desde 1997, antes mesmo da institucionalização da Portaria 198/GM/MS. Eu entrei no Polo Saúde da Família. Quando houve essa modificação para ser Polo de Educação Permanente, eu acabei continuando; a gente acreditou que poderia contribuir.

A pesquisa identificou que os três municípios representados no PEPSUS/ES já contavam com alguma iniciativa em sua estrutura com o objetivo de potencializar a Educação Permanente entre os profissionais.

IC: Envolvimento com a capacitação dos profissionais na Secretaria de Saúde

DSC

A gente tinha ideia de ter uma equipe de profissionais dentro da instituição; a gente percebia essa necessidade e estávamos formando um núcleo, mas não sabíamos como fazer. Foi quando o Estado começou a discutir a Educação Permanente e solicitaram que enviasse um representante para participar desse Polo, que era uma novidade na época, e a gente não conhecia. A gente conseguiu formar uma equipe no trabalho e passamos a compartilhar as informações das reuniões do Polo. Logo, o Polo contribuiu muito, muito! Ele nos deu outra visão do como fazer e discutir Educação Permanente. Foi importantíssimo!

Por esse relato percebe-se a importância da atuação do colegiado como suporte e assessoria para a estruturação de núcleos nas Unidades do SUS, no sentido tanto de contribuir para o desenvolvimento de novas ações, como de incentivar espaços que contribuem para o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais nas discussões e debates sobre o desenvolvimento dos profissionais.

IC: Envolvimento com o projeto VER-SUS

DSC

Na época, eu era estudante, e a gente, através das nossas organizações estudantis, entrou em contato com o VER-SUS, e aí, dentro da proposta do VER-SUS, entramos em contato com os representantes do Polo. Então, a coordenadora do curso chegou à sala de aula e falou: “Vai ter uma reunião na UFES com um projeto do Ministério da Saúde, quem quer ir?” Eu levantei o dedo e fui.

O VER-SUS veio com a proposta de inserir os estudantes na dinâmica dos Serviços de Saúde por intermédio de estágios, para estimulá-los à participação no processo de implementação do SUS. O objetivo era provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social, para a construção do conceito ampliado de saúde e o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008). Dessa forma, o Polo serviu como

ponto de articulação e apoio entre os alunos para pactuação e realização do referido projeto.

- **Como os diferentes sujeitos vivenciaram o Polo de Educação Permanente do Espírito Santo?**

A fim de obter conhecimento sobre a vivência dos sujeitos envolvidos no PEPSUS/ES, foi-lhes direcionada a seguinte pergunta: “Como você vivenciou o processo de formulação e implementação da Política de Educação Permanente?” Tendo em mente essa questão, os representantes realizaram um resgate histórico que proporcionou o agrupamento de quatro ICs. A primeira – **Processo inicial do PEPSUS/ES** – narra os fatos vivenciados no início da implantação do Polo. A segunda – **Dificuldades vivenciadas na gestão do Polo** – expõe a experiência vivenciada na dinâmica do funcionamento e atuação do referido Polo. A terceira – **Mudança de gestão interrompendo o processo** – descreve os fatos acontecidos durante trabalhos do PEPSUS/ES, relacionados à mudança de gestores no âmbito tanto estadual como federal, que contribuiu para a interrupção das atividades do Polo em todo o Brasil, não só no Estado. A quarta – **Os sentimentos gerados no processo de ruptura do Polo** – aborda os sentimentos vivenciados e compartilhados pelos participantes do Polo. Para os sujeitos, a vivência no Polo foi marcada por várias implicações. Assim, passamos aos DSCs dos representantes do PEPSUS/ES no que concerne à participação nesse processo.

IC: O início da construção do PEPSUS/ES

DSC

O começo foi assim: todo mundo praticamente com o pé atrás, eu tenho conhecimento, eu tenho as ferramentas. Então foi uma experiência conflituosa, porque, quando começa a ficar claro que as instituições formadoras não formavam profissionais pra lidar com a Estratégia Saúde da Família nem com a Atenção Primária à Saúde, começaram os embates e as cobranças. Então nós tivemos momentos de muito atrito, por causa do distanciamento das instituições formadoras; a gente sentia um embate. Com o tempo, o grupo foi amadurecendo para falar uma mesma linguagem. Então, teve um momento que as pessoas começaram a entender e começaram a tirar um pouco das armaduras das defesas. Aí ficou mais fácil

e a discussão foi pra outro nível. Precisava estabelecer uma política, era o Polo que ia autorizar o uso dessas verbas, era um espaço de pactuações. Então a gente começa com a discussão do conceito de educação permanente que vem do Quadrilátero da Formação, que amplia e mostra a importância dessa aproximação. O Polo trabalhava bastante esse processo de discutir o processo de trabalho e nós entramos de cabeça nisso; a gente tentou participar ativamente desse processo porque tínhamos necessidades, pois atendemos uma grande demanda.

O Colegiado do PEPSUS/ES, ao inserir o debate sobre a formação dos profissionais da Saúde, trouxe o reconhecimento da distância entre o ensino e a prática profissional e ressaltou a necessidade dessa aproximação. Para Ceccim (2005a, p. 161), “[...] a identificação com a educação permanente em saúde coloca em análise o cotidiano do trabalho – ou da formação em saúde, que desperta relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano”.

Numa análise mais aprofundada desse processo, Ceccim e Ferla (2009) concluem que o modelo de Saúde desenvolvido de forma individualista e fragmentada enraizou-se, dificultando um olhar mais abrangente da realidade. Nesse sentido, Bodernave (1999) aponta que o olhar para a problematização evita o individualismo e desperta a capacidade de transformação social. Também com o olhar para essa realidade, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 47) ressaltam a importância da presença de interlocutores com diferentes motivações nas definições de processos educativos e fazem a seguinte reflexão: “Como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? [...] como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?” O relato deixa clara a importância desse debate e aponta os caminhos que essa discussão pode seguir. Merhy (2006) acrescenta que a Educação Permanente, como política, pressupõe um enfrentamento dessa realidade para envolver o aprendizado na produção de novos saberes e considera que observar “o outro” é essencial para criar a possibilidade de abordagens multi e interdisciplinares.

No entanto, a pesquisa também mostra que esse processo foi vivenciado em meio a muitas dificuldades e traz para reflexões os desafios que esse Colegiado necessitou vencer para alcançar estabilidade em sua atuação.

IC: Dificuldades vivenciadas na gestão do PEPSUS/ES

DSC

A gente tinha muitas dúvidas, não tinha normas claras, definidas, para seguir. As pactuações eram ali. Não era uma coisa vinda de cima para baixo; a gente tinha que participar do Polo e fazer uma construção para poder avançar e ter recursos; havia esse entendimento. Logo, havia muitas dúvidas de como isso se daria, era tudo muito novo. Era uma política muito aberta, não era radical. As pessoas iam para as reuniões com uma expectativa: “Eu vou lá tentar colocar um curso pra minha instituição pra ver se eu ganho algum recursos”, e viam que não era assim, pois tinha que discutir, tinha que pactuar. Então, viam que não ia sair dinheiro... saía fora. Logo, eu pude observar que pessoas estavam procurando o Polo não por entender a política do Polo, mas para se obter verba para alguns projetos, algumas atuações. Sentar mesmo para discutir eram muito poucos momentos. Agora o que me angustiava muito era não ter institucionalizada uma indicação formal daquelas pessoas que participavam das reuniões do Polo, porque ali era um lugar de trabalho; as pessoas estavam ali, mas o gestor cobrava produção. Então era muito irregular a participação das pessoas, e isso era o mais problemático porque várias reuniões você tinha que recomeçar e fazer o resgate do que tinha acontecido, e a gente fazia, as pessoas ajudavam. Você vai trabalhar num conselho como o Polo... como é que você justifica isso como trabalho? No entanto, as pessoas que iam com frequência reclamavam que era pouco operativa; a gente ouvia isso com frequência. Eu também acho que tem uma incompreensão de que o processo era longo. A gente queria estruturar a secretaria executiva, a gente não conseguiu, a gente tinha muitos problemas; foi uma coisa somando a outra.

No relato dos sujeitos, pode-se perceber que o processo de construção da Política de Educação Permanente foi eminentemente democrático (FARIA, 2008; CAVALCANTI, 2010). No entanto, a vivência desse processo colocava o sujeito perante uma realidade coberta de incertezas, rodeada de interesses individuais e/ou grupais e requeria um esforço para pensar caminhos voltados à solução dos problemas vivenciados. Nesse sentido, Campos (2007) reflete que o ser humano é potente para coproduzir situações e contextos a fim de edificar e traçar novos caminhos, problematizando a própria realidade. Lopes e outros (2007) reforçam que os espaços onde se produz aprendizagem significativa se desenvolvem a partir dos problemas diários encontrados, que requerem a consideração de conhecimentos e experiências preexistentes dos sujeitos. Desse modo, “[...] inventar um modelo de gestão que responda a uma série de exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS é, portanto, um desafio em aberto” (CAMPOS, 1998, p. 864).

Ceccim (2005b) aponta que a formação dos trabalhadores da Saúde deixou de ser somente uma proposta para ser uma política do SUS. Esse contexto exige responsabilidades compartilhadas com o necessário envolvimento de vários atores. O autor complementa que Política resulta de lutas sociais, de sensibilidade de gestores e da seleção de modos de enfrentar realidades complexas.

IC: Mudança de gestão interrompendo o processo

Essa IC aponta os entraves que o grupo vivenciou quando se deparou com mudanças de dirigentes à frente de órgãos estratégicos de condução do processo de desenvolvimento da Política de Educação Permanente, entraves que se deram no âmbito tanto estadual como federal.

DSC dos relatos que envolveram o nível estadual

Então o Polo vinha num processo inicial e, de repente, mudou a coordenação, mudou o local das reuniões e vieram outros atores. Então, quem não sabia de nada do Polo chegou e tomou conta do Polo, mas o processo não era esse. Eu lembro que pessoas estavam dando um tipo de direção e depois passou para outras, e foi um embate muito grande. A partir daí, eu acho que as coisas foram decaindo e começou a desgastar, desgastar e desgastar muito. Quando mudaram a coordenação estadual, a nova gerência não compreendia o processo; simplesmente juntou tudo que se relacionava ao Polo e colocou do lado em nossa mesa, como quem diz assim: “Toma que o filho é teu”.

DSC sobre a mudança de gestores/dirigentes ocorrida no cenário federal

Associado a isso, havia grandes dificuldades de implementar esses projetos, pois houve a saída da equipe do ministro Humberto Costa, que tinha uma linha de trabalho, e entra depois o outro ministro com uma outra linha. E aquela equipe que estava anteriormente, ela sai, e aí a nossa interlocução com o Ministério praticamente se quebra; parou com o que já estava evoluído. Na troca, quem entrou não deu continuidade à política, nós não podíamos nem falar a palavra Polo, pois estava proibida. A essas alturas, o Polo do Estado já estava de ladeira abaixo. Chegou a um momento que o Polo era uma utopia, e os polos deixaram de existir. Aqui no Espírito Santo, o Polo foi desfeito depois dessa reunião de informação que

não teria mais esse tipo de trabalho. Foi realmente uma reunião que informou que não existiria mais o Polo e pronto. Nunca mais tivemos reunião, nunca mais resgatou. Ficou um vácuo e aí acaba caindo em descrédito.

Esses relatos descrevem as dificuldades encontradas pelos sujeitos diante da mudança de dirigentes na condução dos trabalhos em andamento e deixam claro o desgaste do grupo envolvido desde o processo inicial de construção desses trabalhos. O fato é que nessas transições muitas vezes falta sensibilidade em considerar e acompanhar os processos desenvolvidos, cabendo para tanto um diálogo. Esse cenário reporta-nos às reflexões de Campos e Campos (2008), ao declararem que a centralização do poder nos gestores/dirigentes é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão ainda hoje existentes na centralização do poder de decidir e por limitar a autonomia e a iniciativa do trabalhador. Esse problema agrava-se quando os novos dirigentes assumem posturas conflitantes, ao considerar o trabalho institucional como individual/pessoal. O papel dos dirigentes nesse processo carece de uma conotação não autoritária, mas conciliadora, integradora e facilitadora.

Numa reflexão sobre o cenário político-institucional, Paim e Teixeira (2007, p. 1.820) identificam-no como “[...] extremamente dinâmico e instável, devido à mudança na correlação de forças que se configuram no âmbito das instituições e das instâncias colegiadas que agregam gestores do sistema”. Para os autores, essa situação expõe a problemática existente na organização e gestão do Sistema de Saúde que “[...] não pode ser comprometida pelos humores, crenças, ideologias e vaidades dos dirigentes de plantão”. Assim sendo, os autores ressaltam a necessidade de protegê-lo “[...] das intercorrências desastrosas da gestão”, visto que todo o trabalho na Saúde tem como pano de fundo a saúde das pessoas.

A gravidade desse cenário intensificou-se ao repercutir em ruptura, quebra e desintegração não somente do PEPSUS/ES, mas também dos Polos existentes em todo o País. Após esses acontecimentos, houve um silêncio relacionado às diretrizes da Política publicada pela Portaria n.º 198/04. Na ocasião, rompeu-se com a proposta e nada foi colocado em substituição, permitindo que a situação se tornasse ainda mais confusa para o trabalho iniciado na instância estadual. Esse silêncio somente veio a ser quebrado no âmbito federal em agosto de 2007, quando foi

institucionalizada a Portaria n.º 1.996/07, que estabeleceu novas diretrizes para a Política de Educação Permanente.

Considerando o contexto conflituoso que emergiu em nível federal durante a implantação dos Polos e a publicação da Portaria n.º 1.996/07 e verificando a excelência do perfil dos entrevistados em relação à experiência por eles acumulada nesse processo, concedeu-se aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de responder a mais uma questão: **Como você observa a Política de Educação Permanente no momento atual?** Essa pergunta possibilitou o ordenamento de uma IC que reporta a uma percepção dos sujeitos relacionada às Portarias:

IC: A lógica é a mesma com o ganho da descentralização

DSC

A política teve algumas dificuldades, mas eu acho que tem um caminho apontado. A grande potência que agora tem com as CIES é a descentralização. A atual Portaria não se fechou, tem um estilo democrático sim, ela é bem parecida com a outra, é estilo Polo, me lembra muito o Polo. A diferença é que, no Polo, tinha a centralização do recurso; essa não é obrigatória. Cada macro tem que ter um plano de Educação Permanente. A Política foi reescrita, mas a lógica de pactuação continua muito semelhante. Então, eu acho que o Polo foi isso: se escreve outra Portaria, mas a lógica é a mesma. Às vezes se confunde Política com Portaria. Então, essa articulação está retomando porque houve uma quebra.

Por esse relato, percebe-se que a atual Portaria traz uma tentativa de retomada do processo, para que os processos educativos sejam elaborados com base nas discussões do colegiado e nas discussões coletivas em âmbito democrático de gestão. A Portaria n.º 1.996/07 institucionalizou-se com a lógica da descentralização. Esse fato facilitou a integração de todos os municípios à participação nos colegiados implementados em níveis regionais. Essa novidade é apontada como um avanço por possibilitar a pactuação dos processos educacionais de forma descentralizada, uma vez que esses fóruns têm a chance de participar, organizar-se e avançar na consolidação dos processos educativos pactuados de forma coletiva.

IC: Os sentimentos que acompanharam o processo de ruptura do Polo

DSC

Eu vivenciei o Polo de uma forma apaixonada, eu estava assim totalmente voltada, eu acreditava, então foi algo apaixonante, que eu realmente apostei e acreditei muito que a gente tinha chance de mudar. O nosso maior desejo era que o processo de Educação Permanente se consolidasse de uma forma tal que, mudando a política, ele continuaria a existir. Então, eu fiquei frustrada, pois um processo que dura quase quatro anos... você acha que vai dar certo e logo se acaba, não consegue se delinear até o final. Para mim, infelizmente, as políticas... ela vem muito bonita, muito estruturada, mas logo se acaba; elas não conseguem se delinear até o final. Então, que País é esse que, dentro da Saúde, tem tantas mudanças, que a gente não consegue avançar? Não tem continuidade do processo. Então, toda essa discussão que a gente teve, toda essa elaboração de um trabalho ficou perdida. Isso desmotivou muita gente... e não foi muita gente só daqui não, foi do Brasil como um todo. Houve uma desmotivação geral. Na implementação do Polo, eu lembro muito bem que todos os componentes colocavam pra gente que nós seríamos os disseminadores, os multiplicadores, nos iríamos avançar nesse processo e, quando a gente se deu conta, passaram quase quatro anos do Polo e simplesmente acabou. As reuniões foram se esvaindo, diminuindo e de repente não teve mais. A gente não ouvia mais falar sobre Polo, começaram a enviar alguns e-mails bem esporadicamente e nunca mais se ouviu falar sobre Polo. Simplesmente, a política veio e se acabou, como se você jogasse uma água fora, e só. Não teve explicação! E o Polo foi, assim, alguns que acreditaram e abraçaram aquela ideia. Havia uns profissionais que iniciaram o Polo, que foram alguns desbravadores, que sonharam, acreditaram e tentaram colocar em prática na dureza, na dificuldade. Passou muita gente, só poucos ficaram até o final.

O processo vivenciado pelos profissionais no PEPSUS/ES acabou em frustrações, indignação e desintegração. O relato deixa claro que as rupturas dos processos em andamento causaram desmotivação, desinteresse. Como apontam Campos (1998), Campos e outros (2006), Merhy (2006) e Feuerwerker (2005), a centralização dos processos políticos tem contribuído para o desinteresse, a alienação e a desresponsabilização no que diz respeito aos resultados finais. Práticas como essas trazem prejuízos institucionais e danificam a relação dos profissionais nos processos. Os autores consideram que, no caso do SUS, a situação é ainda mais grave, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica, e o assunto não ocupa um lugar central na agenda política de construção do sistema.

CONSIDERAÇÕES

A Política de Educação Permanente buscou despertar a autonomia dos sujeitos ao estruturar os Polos como instância de discussão, atuação em roda, num trabalho colegiado deliberado de forma consensual, que se refletiu não só num espaço de construção e de interação entre representantes institucionais, mas também num rico espaço avaliativo de aprendizagem, uma vez que expôs os desafios para a construção e consolidação desses Polos.

Os resultados da vivência dos protagonistas no processo de interagir com a Política de Educação Permanente no PEPSUS/ES foi inicialmente estimulante para a maioria dos participantes. Na dinâmica de funcionamento, pôde-se perceber que o Polo atuou como instância de gestão nos debates e decisões consensuais para construção da Política no Estado. Nesse contexto, os sujeitos vivenciaram o importante reconhecimento da distância existente entre o ensino e a prática profissional, ressaltando a necessidade dessa aproximação. Nos relatos fica claro o interesse dos protagonistas no sentido de que o Polo se efetivasse como instância de debates e formulação de políticas no Estado.

No entanto, os integrantes do PEPSUS/ES experimentaram momentos de desconforto, presenciaram conflitos e evidenciaram necessidades de encontrar saídas para os desafios com que se depararam para implementar a Política de Educação Permanente por intermédio do Polo. Nesse sentido, necessário se torna a participação de todos os envolvidos, considerando-se que os processos necessitam caminhar, na busca por influenciar os dirigentes dos órgãos responsáveis pelo desenvolvimento do processo. Essa intervenção do grupo torna-se importante e até primordial para a garantia da continuidade das ações.

Diante do exposto, o estudo deixa claro que os Polos de Educação Permanente, como política de governo, não se consolidaram. No entanto, pode-se verificar que o PEPSUS/ES, embora imerso em situações conflitantes, atuou como um importante instrumento para a implementação da Política de Educação Permanente no Estado, demarcando o começo da história dos trabalhos iniciados de forma institucionalizada. Posicionou-se, durante o período de sua atuação, como instância e dispositivo, atendendo aquilo que foi proposto pela Portaria, e contribuiu para

despertar um movimento com vistas a consolidar a Educação Permanente nos processos educativos realizados para capacitação dos profissionais do SUS.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos - CADRHU**. Natal: Ed. da UFRN, 1999. p. 261-268.

BRASIL. **Reunião com os polos de capacitação em saúde da família: caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do

Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: SGTES/DGES/MS, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: orientações para o curso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Portaria n.º 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 2.

CAMPOS, F. E. *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 41-53, mar. 2006.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

_____. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 1.865-1.874, 2007.

CAMPOS, G. W.; CAMPOS, R. T. Gestão em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

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 de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-261, 2008.

CAVALCANTI, F. de 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. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev.2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009, p. 39-63.

DUARTE, S. J. H. *et al.* Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde - Brasil, 1997-2006**. 2008. 236 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CADRHU”, São Paulo - 2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, jul./dez. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 10, n. 20, p. 517-524, jul./dez. 2006.

_____. **Pequisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo. Brasília: Líber Livro, 2010.

_____. **Curso teórico-prático de introdução ao discurso do sujeito coletivo e ao software quali-quantissoft**. São Paulo: IPDSC, 2011.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 1.819-1.829, 2007.

PEIXOTO, E. E. *et al.* Desdobramento da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, 2010.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Sergio Moscovici. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, n. 13, p. 128-133, jul. 2000.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

7.1.2 (DES)CONSTRUINDO POLÍTICAS: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS NA TRAJETÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

(DES)CONSTRUINDO POLÍTICAS: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS NA TRAJETÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

RESUMO

O estudo versa sobre a Educação Permanente, como estratégia educacional que insere o ensino à prática profissional, institucionalizada pela Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que criou os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS) como fórum de discussão e debates entre atores institucionais e segmentos da sociedade. Adota, para tanto, uma metodologia de abordagem qualitativa, envolvendo dezessete sujeitos que compuseram o Polo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo (PEPSUS/ES). Procede à coleta dos dados por meio de entrevistas, seguindo um roteiro de perguntas semiestruturadas, e analisa as respostas pela técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC). Identifica nos trabalhos realizados fragilidades e potencialidades. Como fragilidades, aponta dificuldades encontradas tanto no andamento dos processos burocráticos administrativos/financeiros como nas transições de gestores/dirigentes que, no comando gerencial, intervêm no andamento dos processos. Como potencialidades, constata que os trabalhos do Polo proporcionaram a criação de espaços democráticos e de interação, contribuíram para a reflexão sobre a necessidade de mudanças curriculares nas instituições de ensino e influenciaram o debate sobre a Educação Permanente nos órgãos institucionais.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Polos de Educação Permanente. Processos educativos. Educação na saúde.

ABSTRACT

The study addresses Permanent Education, as an educational strategy to be put into professional practice, institutionalized from Ordinance N°. 198/GM/MS of February 13, 2004, which created the Polos of Education Permanent in Health as a forum for discussion and debate among institutional participants and different segments of society. A qualitative study, conducted with seventeen representatives who formed the Polo Permanent Health Education of the Espírito Santo (PEPSUS / ES). Data was collected through semi-structured interviews with questions and analyzed using the technique of Collective Subject Discourse. Some weaknesses were: difficulties in both progress of bureaucratic administrative and financial processes, as well as changes in the managers / leadership sector who, were in their management position influenced success of the process. Potential was shown in that the work of Polo led to the creation of environments for democratic interaction, helped to reflect the need for curricular changes in educational institutions and influenced the debate on lifelong learning in institutional bodies.

Keywords: Continuing Education, Centers for Continuing Education, Educational Processes.

Introdução

O conceito de Educação Permanente foi difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre as décadas de 1970 e 1980, e ficou associado aos movimentos de mudança na educação profissional relativos à Saúde, ligados às políticas de recursos humanos, que sistematizaram propostas de intervenção, para o nível local, com a premissa de conferir o protagonismo aos profissionais ante a realidade local (BRASIL, 1993; MOTTA, 1998).

A Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionaram um acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e reorientaram as estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, refletindo em importantes mudanças nos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da Saúde (BRASIL, 2004a; CECCIM; FERLA, 2008). Com o objetivo de capacitar os profissionais para enfrentamento dessa realidade, a Educação Permanente comparece como dispositivo para refletir a necessidade de criação de novos processos de trabalho. Esse processo empreende aprendizagem significativa dos atos produzidos no cotidiano para novas práticas a serem estabelecidas. O propósito é influenciar as práticas não somente do trabalho vivo em ato, como também da organização do processo de trabalho (CECCIM, 2005a, CECCIM, 2005b).

Para Davini (2009), a Educação Permanente desperta nas pessoas a necessidade de se situarem como atores reflexivos e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de fazê-los meros receptores. Para a autora, aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento de que o trabalho também é aprendido.

No intuito de que os processos educativos fossem elaborados de acordo com a realidade encontrada nos espaços locorregionais de Saúde e envolvessem a participação de diversos segmentos da sociedade, o Ministério da Saúde, com base no Quadrilátero da Formação, publicou, em 13 de fevereiro de 2004, a Portaria n.º 198/GM/MS, criando os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS) (BRASIL, 2004b). Essa aproximação com os diversos atores institucionais tem em vista proporcionar um amplo acesso à atenção integral à saúde uma vez que, nessa

direção, responsabiliza o conjunto integrado de participantes do sistema. Dessa forma, os referidos Polos emergiram como eixo estruturante da Política de Educação Permanente e instância representativa de participação, para a pactuação de projetos educativos a serem implementados entre os trabalhadores do SUS (FARIA, 2008).

A Educação Permanente ocorre na interação teoria e prática, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e se desenvolvem a partir dos problemas diários que ocorrem na prática profissional, mediante aprendizagem significativa, levando em consideração os conhecimentos e as experiências preexistentes (BRASIL, 2004a, 2005; CECCIM, 2005a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Uma vez que os referidos Polos foram criados em todo o Brasil; realizou-se, um estudo que elegeu como objeto o Polo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo (PEPSUS/ES). Esse estudo descreveu o processo de implantação do PEPSUS/ES, identificou os principais sujeitos nele envolvidos; investigou a vivência desses sujeitos em articular o referido Polo, e detectou as fragilidades e as potencialidades apontadas nesse processo, objeto principal deste artigo.

Trajetória Metodológica

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa. Para Richardson e outros (1999), o método qualitativo difere do quantitativo quando não emprega como base um instrumento estatístico para medir e analisar um problema. Minayo (2008) e Tobar e Yalour (2001) complementam que a pesquisa qualitativa pode contribuir para focalizar estudos nas instituições, nos grupos, nos movimentos sociais e no conjunto de interações pessoais, com a finalidade de entender a natureza de um fenômeno social.

Este estudo foi realizado com dezessete sujeitos que compuseram o PEPSUS/ES. Esses sujeitos atuaram como representantes dos segmentos nas reuniões de trabalho desenvolvidas no período de outubro de 2003 a julho de 2006. Entre os segmentos representados constavam quatro instituições de ensino (IE), uma pública,

uma filantrópica e duas privadas; três secretarias municipais de saúde (SMS) – com um representante para cada uma; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) – com um representante; três hospitais-escola (HE): dois públicos e um filantrópico – cada um com seu respectivo representante; o Conselho Estadual de Saúde (CES) – com um representante; a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) – representada por dois profissionais, e dois estudantes – um de instituição pública e o outro de instituição privada. Os sujeitos foram selecionados a partir da leitura de atas de reuniões de trabalho realizadas pelo PEPSUS/ES, no citado período.

Uma vez que se buscou conhecer a percepção dos sujeitos a respeito das fragilidades e potencialidades vivenciadas nos trabalhos do Polo, considerou-se coerente que a opção pelos mais assíduos fosse o critério de seleção dos envolvidos na pesquisa, identificados a partir da leitura de atas das reuniões realizadas no período de setembro a outubro de 2011.

A análise dos dados foi efetuada mediante o uso da técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), que verifica as falas individuais expressas e propõe resgatar o sentido das opiniões coletivas encontrado em um conjunto de discursos coletivos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). Utiliza para tanto figuras metodológicas denominadas Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs) e Ancoragem (AC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011). As ECHs são trechos de entrevistas transcritas de forma literal que revelam a essência do conteúdo das representações que estão presentes nos depoimentos. As ICs referem-se a uma expressão linguística que revela o sentido das falas, e a AC constitui a manifestação de uma crença que o autor do discurso professa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011).

Para análise dos dados, primeiramente foi feita uma leitura minuciosa das falas coletadas. Nessa leitura, as ECHs foram agrupadas às ICs e à AC, identificadas nos discursos relacionados ao tema pesquisado. Após essas etapas, foi elaborado o DSC. Os dados foram organizados mediante a utilização do *software Qualiquantisoft*, versão 1.3c.

O presente estudo foi submetido à apreciação de dois Comitês de Ética em Pesquisa, a do Centro de Ciências da Saúde da UFES e a da SESA, e receberam pareceres favoráveis, encontrando-se em conformidade com a Resolução n.º 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer deste artigo, nossa preocupação consiste em obter respostas para os seguintes questionamentos: “Que fragilidades foram identificadas no PEPSUS/ES no período de sua atuação?” Quais as potencialidades percebidas no Polo nesse mesmo período?”. Essas questões deram origem a um relatório preliminar que possibilitou o ordenamento de quatro ICs e uma AC.

As respostas ao primeiro questionamento permitiram o agrupamento de uma IC: **Burocracias administrativas e financeiras**, e uma AC: **O poder intervém no andamento do processo**. As respostas dadas ao segundo possibilitaram o ordenamento de três ICs. **Refletiu a necessidade de mudanças curriculares, Contribuiu para refletir a Educação Permanente nos órgãos institucionais e o Polo como espaço democrático de interação de representantes institucionais**.

Fragilidades do PEPSUS/ES apontadas pelos protagonistas

IC: Burocracias administrativas e financeiras

DSC

A gente tinha que fazer um projeto. Fazíamos o projeto e não dava certo. Então a gente viu que não tinha resolução, só tinha plano. Logo no início que se elaborou o projeto, se tinha reuniões toda semana. Depois viraram reuniões quinzenais e depois mensais e foram se espaçando. Chegou o momento que ninguém mais tinha o que falar, porque não tinha vindo a decisão se o Plano tinha sido aprovado ou não. Porque tinha toda uma burocracia pra esse processo, pois estava lá, na França, em Paris, na UNESCO. A primeira parcela do recurso chegou em janeiro de 2005, quase um ano depois de iniciadas as discussões. E depois que o recurso chegou, nós tivemos muitos problemas para gastar essa primeira parcela, porque não era qualquer instituição que podia utilizar esse recurso, por conta da Lei n.º 8.666, e tinha também toda burocracia com o recurso da UNESCO. Logo uma das fragilidades que eu percebo é o financiamento dessas ações, a burocracia da demora, da continuidade, a prática disso é difícil. É difícil pela burocracia, é difícil por ter que encontrar pessoa pra tocar esse processo.

O relato demonstra a fragilidade encontrada tanto no financiamento dos recursos como na gestão do sistema. Para Feuerwerker (2005), a “autonomia de gestão” e as

atribuições de cada esfera de gestão do SUS continuam sendo objeto de intensa disputa, refletindo-se em restrita autonomia para a definição das políticas e das prioridades de ação, o que é confirmado por Paim e Teixeira (2007, p. 1.820-1.821) ao registrarem que, “[...] além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, persistem problemas de gestão”. Nesse contexto, percebe-se que o Ministério da Saúde tem utilizado intensivamente mecanismos financeiros para “induzir” a adoção e implementação de políticas (FEUERWERKER, 2005). Contudo, como colocado por Barata, Tanaka e Vilaça (2004), as secretarias estaduais de saúde, modo geral, ainda caminham para se qualificarem como espaço político de formulação e apoio técnico aos municípios.

Nesse cenário, Feuerwerker (2005) considera que, na Saúde, predomina uma visão instrumental da construção dos modelos tecnoassistenciais centrada nas normas e nos mecanismos de financiamento, e não se atribui à política de educação um papel estruturante no sistema. Ressalta que a Política de Educação Permanente procurou de algum modo endereçar esses problemas de financiamento, mas o assunto não foi debatido nas instâncias do sistema.

A Saúde Coletiva conquistou maneiras de fazer cumprir os compromissos democratizantes na construção do SUS. Entre essas, encontra-se a importância das Comissões Intergestoras, tanto estadual como nacional, para pactuações e funcionamento descentralizado do SUS. No entanto, visualiza-se a necessidade de pensar elementos capazes de analisar os motivos das complexidades verificadas no sistema, identificando e analisando a problemática observada na institucionalidade do SUS. Para isso, torna-se necessário destacar os problemas e buscar uma retomada de intensificação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIN; TEIXEIRA, 2007; FEUERWERKER, 2005).

AC: O poder intervém no andamento do processo

O relato a seguir aborda o DSC referente a uma AC encontrada nas falas, unanimemente considerada pelos sujeitos.

DSC

Agora a fragilidade é a política. Muda quem está no poder, muda a direção do processo, porque eu não quero fazer igual ao outro que é de outro grupo. Tem morosidades e burocracia. Mas o entrave é sempre político. O problema institucional no País é a fragilidade política. Então é uma pena ver a descontinuidade, e essa é uma fragilidade concreta porque quem entra, entra com outras visões e esquece de olhar pra trás e perguntar quem estava naquele processo. Pois é! Tudo depende de uma decisão política. Nosso País não falta dinheiro, falta gestão. Então esses projetos não deveriam de ter descontinuidade. Quando muda o ministro, mudam os gestores lá no poder, muda-se o esquema e você já não consegue caminhar; você não consegue efetivar suas ações.

Esse discurso faz-nos pensar nas reflexões de Nogueira, quando retorna às práticas políticas de gerações passadas, que deixaram o País imerso num processo de desenvolvimento, no qual

[...] as conciliações de cúpula eram articuladas pelo velho latifúndio escravista, que evidentemente sobrevivera à Abolição de 1888, e que fez com que o País ficasse como que entregue à prevalência unilateral do Executivo, dominado por um sistema político enrijecido, burocratizado e incapaz de responder aos movimentos da economia e da sociedade (NOGUEIRA, 1998, p. 23).

Segundo o autor, essa situação resultou de uma herança que fez com que o País passasse a se organizar à base de um jogo político regionalista, oligárquico, e a receber o impacto de que apenas nominalmente seria um sistema civil e democrático, mas, na verdade, [...] fincou raízes em um localismo mandonista e em práticas autoritárias, desinteressadas da cidadania (NOGUEIRA, 1998, p. 23).

Diante desse cenário, não é coisa simples considerar essas questões, no entanto, são análises que estão postas nas ações vivenciadas no cotidiano, e os agentes políticos devem refletir sobre elas. Associadas a essa questão, consideram-se as reflexões de Paim e Teixeira (2007, p. 1821), para quem a falta de profissionalização de gestores tem contribuído para a descontinuidade administrativa – fato constatado em inúmeros exemplos. Para os autores, essa situação intensifica ainda mais a necessidade de criação de formatos institucionais que reduzam a vulnerabilidade do SUS e assegurem certa proteção, diante das turbulências da vida político-partidária, de forma que possibilitem, simultaneamente, a efetividade, a eficiência e a eficácia da gestão. Feuerwerker (2005) reflete que de modo geral, há escassas

oportunidades de participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas. Para a autora [...] a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. (FEUERWERKER, 2005 p. 500) Nesse sentido, Merhy (2005) aponta que a institucionalidade não está plenamente contida nos espaços democráticos necessários à construção do SUS, portanto, novos arranjos políticos, de gestão e de participação são indispensáveis.

No campo da produção em geral essa maneira de operar a organização do trabalho é fonte de problemas, na Saúde e, mais especificamente, no caso do SUS, essa situação se torna ainda mais grave, por ser impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica. Assim, pode-se concluir que a problemática da institucionalidade do SUS está ancorada num conjunto de aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial (FEUERWERKER, 2005; PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Potencialidades do PEPSUS/ES identificadas pelos protagonistas

Após tecer algumas análises baseadas nas reflexões dos autores sobre as fragilidades encontradas na visão dos sujeitos integrantes do PEPSUS/ES, passamos a considerar as questões colocadas pelos protagonistas referentes às potencialidades identificadas por eles nesse processo.

Nesse sentido, cabe ressaltar que o momento em que aconteciam os trabalhos do Polo coincidia com as discussões das diretrizes curriculares iniciadas no âmbito federal, que emergiram por intermédio do Parecer CNE/CES 0138/02, homologado e publicado no Diário Oficial da União n. 80, seção I, de 26 de abril de 2004. Esse movimento, somado às discussões encaminhadas, contribuiu para influenciar as instituições formadoras e obter narrativa de mudanças curriculares no processo de formação dos profissionais da Saúde. O resultado desse trabalho fez com que o PEPSUS/ES fosse identificado como potencializador desse processo e reconhecido como um importante espaço de debate entre o serviço e as instituições de ensino.

A primeira IC identificada nas falas dos sujeitos foi relacionada ao processo de reflexão e mudanças que ocorreu entre as instituições de ensino inseridas no PEPSUS/ES.

IC: Refletiu necessidade de mudanças curriculares

DSC

Inicialmente foi uma experiência conflituosa, porque, quando começou a ficar claro que as instituições formadoras não formavam profissionais pra lidar com o SUS, começaram os embates e as cobranças, por causa do distanciamento das instituições formadoras. Bom, foi conflituoso, mas rico também, porque fomos nos aproximando e discutindo. Então, nós discutimos no Polo os quatro cursos de especialização dados pelas quatro instituições formadoras. Debates os eixos norteadores, os módulos, e todas as questões conceituais nós discutimos em grupo. Era um processo riquíssimo, de elaboração dos projetos de capacitação de acordo com a necessidade de cada lugar. Eu levava tudo que ouvia no Polo pra minha reunião do colegiado de curso. E aí eu fiz umas cinco mudanças na proposta curricular. O Polo possibilitou que as instituições de ensino refletissem as propostas pedagógicas dos seus cursos de graduação e técnico. Isso fez a gente refletir que tipo de profissional que se está formando.

O relato dos sujeitos explicita a importância do debate no Polo entre o serviço e as instituições formadoras, no sentido de reconhecerem a necessidade de se abrir para novas relações.

Ramos (2008); defende que as aprendizagens escolares devem possibilitar à classe trabalhadora a compreensão da realidade. Para a autora, é a partir desse princípio que se forma o eixo epistemológico e ético-político de organização curricular. Nesse sentido, Campos e outros (2006, p. 42) e Merhy (2006, p. 154-156) analisam que os PEPSUS foram propostos como um modo de favorecer a articulação regional e local com todos os atores institucionais para pensar a formação dos profissionais, configurando-se como espaço de formulação de políticas e de negociações. Em conformidade com os autores, Franco (2007, p. 429) aponta: “[...] trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da Saúde, como processos de cognição e subjetivação, que acontecem simultaneamente como expressão da realidade”. Davini (2009, p. 57) complementa que os acordos com atores locais e de

diferentes níveis hierárquicos produzidos pela gestão estratégica do projeto constituem uma força importante para a geração de acordos políticos.

IC: Contribuiu para refletir a Educação Permanente em Saúde nos órgãos institucionais

DSC

Essa política era um projeto político que a gente acreditava e que não era uma coisa particular, entendeu? Antes da institucionalização da política, éramos identificados como donos da educação permanente, ou os que entendiam de educação permanente. Na minha instituição, a princípio nós éramos vistos como visionários. No entanto, eles ficaram a par de tudo que acontecia, e depois nós tivemos muitos colegas que saíram para mestrado, pra doutorado, pois trouxe essa motivação. Foi muito válido! Então, a gente conseguiu aglutinar várias instituições de ensino que não participavam anteriormente e agora participam do processo. Hoje tem a cultura da educação permanente. Inclusive as secretarias municipais agora têm um coordenador de educação permanente. Até hoje a gente vê algumas nuances do Polo de educação permanente. Isso é um grande avanço, uma grande potencialidade.

Essa IC mostra que os trabalhos do Polo tiveram uma repercussão e fomentaram debates tanto nas instâncias de formação como nas unidades administrativas do SUS. Nesse sentido, a publicação da Política de Educação Permanente em Saúde contribuiu para dar reconhecimento e credibilidade aos processos de Educação Permanente, com registros de ampliação de setores voltados para a discussão sobre o assunto nos espaços institucionais. Esse fato contribuiu para disseminar a prática da Educação Permanente de forma institucionalizada, o que fortalece o debate para a consolidação de novos processos de trabalho na Saúde.

Para Ceccim e Ferla (2009), a criação dos PEPSUS proporcionou uma mudança de opção didático-pedagógica para uma opção político-pedagógica que se associa às características históricas do SUS. Nessa perspectiva Ceccim (2005b, p. 976) interpreta que “[...] criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção”.

IC: Espaço democrático de interação de representantes institucionais

Outra categoria apontada de forma unânime entre os atores refere-se ao Polo como um espaço democrático de debates e ajuntamento de representantes sociais e

organizacionais. Os sujeitos enfatizaram a necessidade desse espaço para debates e discussões das políticas voltadas à capacitação dos profissionais identificando-o como potencializador na disseminação de novas culturas e na quebra de paradigmas muitas vezes arraigados, que dificultam uma abertura para a construção de novos saberes.

DSC

A fortaleza seria porque é um processo amplo de discussão democrática. Todos podiam colocar as suas ideias e opiniões. Havia trocas de conhecimento, com olhares de diferentes sujeitos interagindo. Isso pra mim foi uma potencialidade fantástica. Era interessante porque, quando a gente colocava alguma coisa muito focada no serviço, o pessoal gritava logo: "Opa! Também não é assim, o pessoal do serviço também tem de ouvir". Então, a gente começou a mudar, e a entender que as pessoas não precisam somente da lógica do trabalho, elas também precisam de uma visão mais macro. Então, eu penso que isso foi uma potencialidade. Então, sem dúvida a potencialidade é que você juntou gente de toda a espécie e de várias instituições que, de um jeito ou de outro, estavam ali defendendo o SUS. Disso eu não tenho dúvida nenhuma, porque ali se chegou a vários consensos.

Capra (2011) aponta que Educação Permanente em Saúde pode operar no cotidiano, influenciando a gestão colegiada e a aprendizagem inventiva como um dispositivo pedagógico para a ativação de políticas que contribuem para um processo de construção da integralidade na Saúde. A autora considera que esses espaços corroboram para romper com as formas prescritivas e tecnicistas e abrem lugares para experiência de problematização do trabalho. Para mudar e reorganizar as formas vigentes dos processos de trabalho é preciso criar dispositivos que auxiliem a interrogá-los permanentemente. L'Abatte (2003), em conformidade com Capra (2011), reflete que se deve considerar a Saúde Coletiva como instituição, o que significa problematizar a própria constituição do seu campo como um conjunto de saberes e práticas, relacionado a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnico-científica.

CONSIDERAÇÕES

A pesquisa mostrou que o PEPSUS/ES, mesmo com as fragilidades apontadas pelos sujeitos nas reuniões que decorreram, foram identificadas como potencializadoras no processo de refletir a Educação Permanente nos espaços institucionais do SUS e nas instituições de ensino superior. Assim, podemos inferir que a Educação Permanente, como política institucionalizada, contribuiu para que a esse processo fosse observado com novos olhares, abrindo-se em outras dimensões no campo político para mobilização de acordos e construção de novos saberes.

A Política de Educação Permanente em Saúde objetivou colocar em conversa um coletivo. Essas características aproximam-se do método de gestão colegiada colocado por Campos (2007), que se baseia não na ideia de autogestão, mas no conceito de cogestão, pelo qual todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho, ou isolado, ou em lugar dos outros. Para o autor, o método da roda não se propôs resolver conflitos e muito menos eliminar contradições. Ao contrário, trata-se de admitir a inevitável existência dessas polaridades e de se criarem espaços onde possam ser explicitadas e trabalhadas, considerando-se, sempre, os vários interesses e, portanto, as várias racionalidades envolvidas. Nessa reflexão sobre o modo de governar, as funções de dirigente ou de liderança não estão eliminadas, somente não assumem um caráter exclusivo e unipessoal.

No entanto, o estudo demonstra que, quando se trata de decisão formulada nas instâncias estratégicas do sistema, as decisões são de cunho político, comumente definidas por meio de assessorias, tomando rumos que vão além da governabilidade do grupo. Nesse contexto, as transições de atores políticos e dirigentes são muitas vezes marcadas pela descontinuidade de ações, causando instabilidade na condução dos processos iniciados. Essa situação carece de análise e sensibilidade para que os processos administrativos em andamento não sejam interrompidos, evitando-se um processo de instabilidade e desmotivação entre os profissionais.

REFERÊNCIAS

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; VILAÇA, J. D. V. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004. (Documenta n. 6). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

BRASIL. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde: 1941-1992. **Cadernos Rh Saúde**, Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: SGTES/DGES/MS, 2004a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: SGTES/DGES/MS, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

CAMPOS, F. E. *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 41-53, mar. 2006.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAPRA, M. L. P. **Educação permanente em saúde como dispositivo da gestão setorial e de produção do trabalho vivo em saúde**. 2011. ___ f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162 a 168.

_____. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Parecer n.º 138, de 3 de abril de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 26 abr. 2002. Seção 1, p. 34.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde - Brasil, 1997-2006**. 2008. 236 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, n. 23, p. 427-438, set./dez. 2007.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pequisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo**. Brasília: Líber Livro, 2010.

_____. **Curso teórico-prático de introdução ao discurso do sujeito coletivo e ao software qualiquantisoft**. São Paulo: IPDSC, 2011.

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

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde**: da política do consenso à construção do dissenso. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política**: idéias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 1.819-1.829, 2007.

RAMOS, M. N.; Currículo integrado In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 114-118.

RICHARDSON, R. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

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

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das grandes transformações que perpassa a sociedade, a educação permanente emerge com o discurso da prática, disseminada como uma ferramenta, para ser utilizada tanto para questionar e incomodar, como para encorajar a pensar na construção de novos ambientes e de novas relações.

Na saúde, a educação permanente pressupõe o profissional como protagonista na construção e ressignificação de novos processos de trabalho. Visa despertá-los para novos olhares, a partir de novos saberes, para o estabelecimento de novas práticas.

Nessa premissa, a Educação Permanente tem sido alvo de debates entre os pesquisadores da saúde, no sentido de refletir o cenário da formação e os espaços onde se reproduzem as práticas profissionais, para que os processos educacionais sejam formulados de uma forma cada vez mais condizentes com a realidade local.

Essas reflexões mobilizaram técnicos e gestores do Ministério da Saúde, que promoveram debates, no sentido de tornar esses pressupostos uma realidade acessível ao profissional de saúde e a população. Nesse processo, os Polo-SF emergiram com a prioridade de inserir os profissionais atuantes na atenção primária à saúde, às premissas do processo educacional pautado pela educação permanente.

Em 2003, diante do reconhecimento da importância e da necessidade de se evoluir nesse processo, o Ministério da Saúde disseminou reuniões conceituais sobre a educação permanente e o quadrilátero da formação na saúde, e prosseguiu para aprovação da Portaria 198/04, que instituiu a educação permanente como política de gestão de pessoas no SUS.

A referida portaria como estratégia de atuação criou os Polos de Educação Permanente em Saúde, como instância de gestão, funcionando em roda de discussões, para a pactuação de projetos educacionais, com o envolvimento de atores institucionais, para que os processos educacionais fossem construídos com base na realidade de saúde existente na população. Desta forma, os PEPSUSs abriram em todo o país o debate da educação permanente em saúde de forma institucionalizada, desenvolveram fóruns coletivos, tendo em vista a interação dos

atores institucionais, a fim de proporcionar reflexões entre o que está acontecendo no mundo da formação e na prática profissional. Essa realidade instigou o tema desta dissertação no sentido de conhecer como se deu a vivência desse processo na prática dos profissionais, gestores, estudantes e dos representantes dos segmentos da sociedade no contexto capixaba.

No Espírito Santo o PEPSUS/ES, atuou de outubro de 2003 a meados de 2006. Durante seu tempo de atuação, assumiu o papel de instância representativa de pactuação dos projetos educacionais. De forma coletiva, elaborou-se o Plano Estadual de Educação Permanente, seguido da articulação e implementação das ações pactuadas. Nesse contexto vivenciou-se o importante reconhecimento da distância existente entre o ensino e a prática profissional, ressaltando-se a necessidade dessa aproximação.

As análises dos dados qualitativos com as representações que participaram ativamente desse processo, revelaram que o PEPSUS/ES, foi cenário de tensões e arena de conflitos, ao se deparar com os desafios para implementar a Política Nacional de Educação Permanente no Estado, com destaque para as mudanças de dirigentes nas transições políticas, mudanças que intervieram no andamento do processo e levaram à substituição de atores em setores estratégicos na condução dessa política, fato que ocorreu em nível tanto estadual como federal.

No nível estadual, a entrada de novos dirigentes a partir de 2005 exigia deles um olhar mais sensível para o trabalho realizado pelos representantes do PEPSUS/ES, o que não ocorreu, uma vez que as ações pactuadas resultaram de um debate coletivo associado à necessidade de obtenção de um entendimento maior de como se vinha processando a discussão sobre a Educação Permanente no Estado.

No cenário federal, a situação tornou-se um pouco mais complexa, ao se admitir a quebra de continuidade do processo com a súbita extinção dos Polos, sem que houvesse nenhum preparo para com as instâncias estaduais. Esse quadro expõe a fragilidade encontrada nas transições de dirigentes institucionais que modificam e/ou interrompem a condução de processos, sem um debate adequado com os profissionais e representantes inseridos nas discussões. Essa realidade gerou

conflitos, desgastes e dispersão dos protagonistas do PEPSUS/ES, interrompendo totalmente o processo.

No entanto, no período de 2007 a 2010, despontou um cenário otimista na SESA para a qualificação e desenvolvimento dos profissionais, com a proposta do Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde (APS), que emergiu como prioridade do Governo do Estado. O planejamento do referido curso deu-se a partir de um Núcleo Pedagógico de Educação Permanente em Saúde, no qual se construíram as diretrizes da matriz curricular, numa parceria entre profissionais atuantes no serviço e as instâncias de formação.

Esse fato comprova que os debates coletivos e educativos desenvolvidos pelo PEPSUS/ES repercutiram em ação prática no âmbito institucional, com a publicação do Edital n.º 001/2008, proporcionando o envolvimento de quatorze Instituições de Ensino Superior (IES), com o registro de aproximadamente 2.500 profissionais de saúde formados especialistas em Atenção Primária à Saúde.

Observando a trajetória da educação permanente no estado identificamos que o PEPSUS/ES, embora imerso em situações conflitantes, posicionou-se durante o período de sua atuação, como instância e dispositivo, atendendo aquilo que foi proposto pela Portaria, e contribuiu para despertar um movimento com vistas a consolidar a Educação Permanente nos processos educativos e nos espaços institucionais do SUS em parcerias com as IES. Ao disseminar as discussões coletivas e educativas sobre a educação permanente em saúde; atuou como eixo estruturante e fundamental para inserir nos processos de formação à prática profissional.

9 REFERÊNCIAS

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

ANTUNES, R. L. C. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2007.

AZOURY, E. B. **Curso básico em saúde da família**: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo. 2003. 205 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BÁRCIA, M. F. **Educação permanente no Brasil**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1982.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários**. São Paulo: FUNDACENTRO, 2001.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2011.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

_____. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde: 1941-1992. **Cadernos Rh Saúde**, Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2011.

_____. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica - NOB/RH-SUS**, de 27 de fevereiro de 2002. 4.ª versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Reunião com os polos de capacitação em saúde da família:** caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: SGTES/DGES/MS, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: SGTES/DGES/MS, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 23 maio 2011.

_____. Portaria n.º 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 2.

CAMPOS, F. E. *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 41-53, mar. 2006.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1997.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 229-266.

CAMPOS, G. W.; CAMPOS, R. T. Gestão em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Cenário estado do Espírito Santo. In: MISHIMA, S. **Avaliação das experiências de educação permanente em saúde desencadeadas a partir da formação a distância de tutores e facilitadores em todas as regiões do Brasil**. São Paulo: EERB/USP, 2009. p. 69-86.

CAVALCANTI, F. de 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. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 462-468.

_____. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CIAVATTA, M. Trabalho como princípio educativo. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 408-415.

COLLET, H. G. **Educação permanente**: uma abordagem metodológica. Rio de Janeiro: SESC, 1976.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **As conferências nacionais de saúde**: evolução e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Documenta n. 18).

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009, p. 39-63. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei n.º 4.317, de 4 de janeiro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Saúde. Disponível em: <www.mpes.gov.br>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Lei Complementar n.º 317, de 7 de janeiro de 2005. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2005a. Disponível em: <<http://www.mpes.gov.br/anexos>>. Acesso em: 9 nov. 2011.

_____. Lei Complementar n.º 348, de 21 de dezembro de 2005. Cria unidades administrativas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SESA; altera dispositivos da Lei Complementar n.º 317, de 30.12.2004 e dá outras providências. Vitória, 2005b. Disponível em <<http://www.mpes.gov.br/anexos>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

_____. Lei Complementar n.º 407, de 26 de julho de 2007. Cria mecanismos para o aprimoramento da gestão hospitalar, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e dá outras providências. Vitória, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

_____. **Plano estadual de saúde 2008 - 2011**. Vitória, 2008. Disponível em: <www.saude.es.gov.br/Download/plano_estadual_2008_2011.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2011.

_____. **Regionalização e planejamento em saúde**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2011. (Nota técnica n. 1).

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde - Brasil, 1997-2006**. 2008. 236 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FRANCO, T. B. As redes micropolíticas do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

_____. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

FRIGOTTO, G. Tecnologia. PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 377-382.

FURTER, P. **Educação e vida**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1973.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Educação e poder** – introdução à pedagogia do conflito. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. 2010. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Síntese de indicadores sociais 2010** – uma análise das condições de vida da população brasileira. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jun. 2011.

KNECHTEL, M. R. **Educação permanente**: da reunificação alemã e reflexões e práticas no Brasil. 3. ed. Curitiba: Ed. da UFPR, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pequisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro, 2010.

_____. **Curso teórico-prático de introdução ao discurso do sujeito coletivo e ao software qualiquantisoft**. São Paulo: IPDSC, 2011.

LIMA, J. C. F. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 57-96.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. 1998. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, 1998.

_____. **Enfermeira**: uma protagonista que produz cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes, 2001.

_____. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 63-67, 2005.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 227-231.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

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

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, J. B. Reestruturação produtiva. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 348-352.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde**: da política do consenso à construção do dissenso. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

_____. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, p. 4-8., set./dez. 2001.

PAIVA, V.; RATTNER, H. **Educação permanente & capitalismo**. São Paulo: Cortez, 1985.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M.; SCRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

- PERES, M. A. C. Do taylorismo/fordismo à acumulação flexível toyotista: novos paradigmas e velhos dilemas. **Intellectus - Revista Acadêmica Digital das Faculdades UNOPEC**, Sumaré - SP, n. 2, p. 1-50, jul. 2004.
- PIRES E. P.; Divisão social do trabalho In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 125-129.
- RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre o trabalho, In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 27-56.
- RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 24-30, 1996.
- RIBEIRO, E. M. *et al.* A temática do processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no programa saúde da família. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 97-115.
- ROSSI, F. R. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.
- SOUZA, A. M. Polos de capacitação, formação e educação permanente para o programa saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília, 2002. p. 147-155.
- SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Pedagogia problematizadora: o relacionamento interpessoal dos internos de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2007.
- TIMOTEO, R. P. S.; MONTEIRO, R. P. S.; UCHOA, S. **A saúde da família e projetos políticos pedagógicos**: intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia. Natal: Ed. da UFRN, 2005.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

O projeto de O POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO E AS INTERFACES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS NO ESTADO é um projeto desenvolvido sob a orientação da Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima e Rosiani Oliveira Pereira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

A presente pesquisa surgiu a partir do interesse pelo o tema: Educação Permanente, por ser reconhecida por diversos autores como uma importante estratégia que insere o ensino na pratica profissional, e se consolidou como Política de Desenvolvimento de Pessoas no SUS. A referida pesquisa tem em seus objetivos:

- Descrever o processo de implantação do Polo de Educação Permanente do Estado do Espírito Santo.
- Identificar as ações pactuadas e os projetos implementados pelo Polo.
- Identificar os principais sujeitos envolvidos nesse processo, buscando conhecer a vivência de integrar e articular projetos educacionais no PEPSUS/ES,

O presente termo de consentimento objetiva solicitar sua participação nas entrevistas de forma livre e espontânea, para a concretização do estudo. As entrevistas serão conduzidas de acordo com a sua disponibilidade, tendo o direito de interromper sua participação ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização.

Para facilitar a coleta, transcrição e análise dos dados, às entrevistas serão gravadas, sendo todo o material produzido será destruído logo após transcrição dos dados. Os questionários produzidos ficarão sob o poder dos responsáveis pela pesquisa por um período de cinco anos. As informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a sua privacidade e anonimato, uma vez que, não haverá identificação dos participantes.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Rosiani Oliveira Pereira (Mestranda em Saúde Coletiva)

Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima (Orientadora)

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, è por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos supracitados.

Vitória , ___ de _____ de 2011

Assinatura

APENDICE B – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data da entrevista ___/___/2011

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Identificação: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Formação: _____ Tempo de Formação: _____

Formação Complementar: _____

Instituição representante: _____

1 – Como se deu sua inserção no Polo de Educação Permanente?

2 – Como você vivenciou o processo de formulação e de implementação da Política de Educação Permanente?

3 - Em sua opinião quais foram às fragilidades encontradas no Polo?

4 – Agora fale das potencialidades?

5 – Como você observa a Política de Educação Permanente no momento atual?

APENDICE C – Termo de consentimento Institucional**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Vitória - ES, ___ de _____ 2011

À Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo – Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Sr. Luiz Claudio Oliveira Silva

Vimos através deste, apresentar a V. S^a, o nosso projeto de pesquisa intitulado “O POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO E AS INTERFACES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS NO ESTADO”, para apreciação desta instituição e posterior, emissão do Termo de Consentimento Institucional para utilizarmos os dados registrados nesta Instituição, referente ao Polo de Educação Permanente formado em 2003.

Esclarecemos que o estudo faz parte da dissertação de mestrado, a qual está sendo elaborada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, sob a orientação da Prof. Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima – Orientadora e Rosiani Oliveira Pereira, mestranda do citado Programa.

Ressaltamos ainda, que os dados serão tratados dentro do rigor ético, com fins científicos, sendo resguardado o sigilo das informações e o compartilhamento dos resultados da pesquisa com esta instituição após a sua aprovação.

Instituição de Ensino: Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da UFES

Orientador: Prof^a Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima - (27) 9961-1658

Pesquisadora: Rosiani Oliveira Pereira – 9896-2535

Especificação da pesquisa: Mestrado em Saúde Coletiva

Atenciosamente

Prof Dr ^a Rita de Cássia Duarte Lima