

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA
E MEIO AMBIENTE

DIAGNÓSTICO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE

HALAN BASTOS LIMA

ANÁPOLIS-GO
2015

HALAN BASTOS LIMA

**DIAGNÓSTICO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente (PPSTMA) do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais.

Área de concentração: Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Lucimar Pinheiro Rosseto.

ANÁPOLIS-GO
2015

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA
E MEIO AMBIENTE**

**DIAGNÓSTICO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Lucimar Pinheiro Rosseto
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Orientadora

Dr. Antenor Lopes de Jesus Filho
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Prof. Convidado

Prof^a. Dr^a. Josana de Castro Peixoto
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Prof^a. Convidada

Aos meus amados pais Joilma e Aladerley, e ao meu querido irmão Herik.

A minha avozinha Iracy de Araujo Leite, que em vida foi minha maior admiradora, heroína, exemplo de pessoa, anjo iluminado por Deus que me ensinou a ser gente e protegeu a nossa família; em memória, iluminou o esforço deste mestrado.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me sustenta com a sua palavra em todos os momentos, me protege, me guarda, me guia e ilumina os meus caminhos.

Aos meus pais Joilma e Aladerley, que me ensinaram a ser gente, a ter e compartilhar a boa educação, e que sempre me apoiaram e me indicaram os melhores caminhos.

Ao meu irmão Herik, que sempre esteve ao meu lado, meu melhor amigo e cúmplice de todas as horas.

Aos meus familiares, que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas profissionais.

A professora Genilda D'Arc Bernardes, pela recepção, pelo incentivo, pelo apoio, pelos ensinamentos, o meu grande carinho e sincera admiração.

Aos meus colegas de mestrado Angélica Dias, Aurea Marchetti, Marilyn Rocha e Osmar Pereira pela cumplicidade, pelas muitas pesquisas, pelas conversas despreziosas durante os intervalos, amigos que me auxiliaram em um ambiente de alegria e lealdade, o meu grande carinho e agradecimento especial.

A professora Lucimar Pinheiro Rosseto, pela paciência, generosidade, incentivo, pelas oportunidades, pelos ensinamentos, pela sensatez e pela amizade, o meu agradecimento especial.

Ao Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, instituição de especial importância na minha trajetória e formação profissional.

Ao departamento do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, a cada um de seus colaboradores e professores, pela oportunidade do convívio e da verdadeira aprendizagem.

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado.

Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreendem fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo.

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais, políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos são se eternizam.

(FREIRE, 1996)

RESUMO

Educação Permanente 'é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações'. Desta forma, esta dissertação apresenta como grande eixo temático a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), aqui tratado a partir das mediações históricas entre Trabalho-Educação-Saúde-Ambiente. Este estudo teve como objetivo geral a análise da trajetória histórico-política da PNEPS no Brasil, considerando a sua direção em meios a espaços produtores de inter-relações sociais e ambientais. Do ponto de vista histórico, trata-se de uma pesquisa descritiva; do ponto de vista dos procedimentos técnicos, é bibliográfica e documental, com abordagem de natureza qualitativa. As categorias de análise foram: os marcos legais e históricos-políticos que antecederam a institucionalização e implementação das políticas de educação profissional em saúde no Brasil; as correntes pedagógicas, as escolas técnicas de saúde, a integração ensino-serviço, e mais recentemente a PNEPS; sua trajetória nos últimos 10 anos, como uma retrospectiva da evolução e das reformas curriculares; as interfaces interdisciplinares entre ambiente-sociedade-educação-saúde; e a PNEPS enquanto campo de saberes pedagógicos e práticas sociais/coletivas em construção no Brasil. Esta pesquisa permite concluir que a PNEPS é positiva, suas propostas verticais com base em discussões participativas possibilitam a elaboração coletiva de estratégias que se destinam a intervir sobre a formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores em saúde. Contudo, são necessárias políticas que fortaleçam a organização da educação permanente em saúde em estudo minucioso, sobretudo em relação aos investimentos nas articulações entre as diversas esferas (federal, estadual/distrital e municipal), fortalecendo o planejamento coletivo e as abordagens interdisciplinares, possibilitando maior eficiência dentro dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Meio Ambiente. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Continuing Education 'is learning at work, where learning and teaching are incorporated into the daily life of organizations'. Thus, this work presents as great main theme the National Policy on Continuing Education in Health (NPCEH) hereof from the historical mediations between Labor-Education-Health-Environment. This study aimed to the analysis of NPCEH policy-Track History in Brazil, considering its direction means the producers spaces of social and environmental interrelationships. From the historical point of view, it is a descriptive research; the point of view of technical procedures, is bibliographic and documentary, with qualitative approach. The categories were: legal frameworks and historical-political preceding the institutionalization and implementation of vocational education policies in health in Brazil; the pedagogical trends, technical health schools, integrating teaching and service, and more recently NPCEH; his career in the last 10 years as a retrospective of developments and curricular reforms; interdisciplinary interfaces between environment-society-education-health; and while NPCEH field of pedagogical knowledge and social / collective practices under construction in Brazil. This research shows that the NPCEH is positive, its vertical proposals based on participatory discussions enable the collective elaboration of strategies designed to intervene on training and professional development of health workers. However, policies are needed to strengthen the organization of professional health education in meticulous study, especially in relation to investments in the joints between the various spheres (federal, state / district and municipal), strengthening the collective planning and interdisciplinary approaches, enabling greater efficiency within the health services.

Keywords: Continuing Education. Environment. Interdisciplinarity.

LISTAS DE SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACE | Agentes de Combate às Endemias |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| BID | Banco Internacional de Desenvolvimento |
| BIREME | Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde |
| CAP | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CDS | Conselho de Desenvolvimento Social |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos da Saúde |
| CEFOR | Centros de Formação de Recursos Humanos |
| CEP | Coordenação de Educação Popular |
| CES | Conselho Estadual de Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| CGAPES | Coordenação Geral de Ações Populares de Educação em Saúde |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIES | Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço |
| CIGES | Comissão Interministerial de Gestão da Educação em Saúde |
| CIR | Comissão Intergestores Regional |
| CNE | Conferência Nacional de Educação |
| CNPQ | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CNRH | Conferência Nacional de Recursos Humanos |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| CNRMS | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |

| | |
|-----------------|--|
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONPROF | Cadastro dos Conselhos Profissionais de Saúde |
| CS | Conselho de Saúde |
| CT | Ciência e Tecnologia |
| DGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| DEGERTS | Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde |
| DNC | Diretrizes Nacionais Curriculares |
| EAA | Escolas de Aprendizes e Artífices |
| EC | Emenda Constitucional |
| EAD | Educação À Distância |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| EPSJV | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| EPT | Ensino Profissional Técnico |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| ETSUS | Escola Técnica do SUS |
| FAS | Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social |
| FAT | Fundo de Amparo ao Trabalhador |
| FIOCRUZ | Fundação Osvaldo Cruz |
| FLE | Formação Larga Escala |
| GM | Gabinete Ministro |
| IAP | Instituto de Aposentadorias e Pensões |
| IMS | Instituto de Medicina Social |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| LDB | Leis de Diretrizes e Bases |
| ME | Ministério da Educação |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MERCOSUL | Mercado Comum do Sul |
| MNNP-SUS | Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência Social |

| | |
|-------------------|--|
| MPT | Ministério Público do Trabalho |
| MS | Ministério da Saúde |
| MT | Ministério do Trabalho |
| NOB | Normas Operacionais Básicas |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PACS | Programas de Agentes Comunitários de Saúde |
| PAETEC | Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico |
| PAREPS | Planos de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde |
| PBL | <i>Problem-Based Learning</i> |
| PEC | Programas de Extensão de Coberturas |
| PEEP | Plano Estadual de Educação Permanente |
| PFLE | Projeto de Formação em Larga Escala |
| PIASS | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento |
| PNCCS-SUS | Plano Nacional de Carreira, Cargos e Salários do SUS |
| PNDT-SUS | Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza-SUS) |
| PNEPS | Política Nacional de Educação em Saúde |
| PNGTES | Política Nacional de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| PNSMI | Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil |
| PPA | Plano de Pronta Ação |
| PREPS | Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde |
| PREV-Saúde | Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde |
| PROFAE | Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem |
| PROFAPS | Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| QV | Qualidade de Vida |

| | |
|-------------------|---|
| REGE-SUS | Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS |
| RET-SUS | Rede de Escolas Técnicas do SUS |
| RHS | Recursos Humanos em Saúde |
| ROREHS | Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SCC/PROFAE | Sistema de Certificação de Competências do PROFAE |
| SEE | Sistemas Estaduais de Educação |
| SENAC | Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial |
| SENAI | Serviço Nacional Aprendizagem Industrial |
| SES | Serviço Especializado de Saúde |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SINAPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SINNP-SUS | Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS |
| SNES | Serviço Nacional de Educação Sanitária |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| USAID | <i>UnitedStatesAgency for InternationalDevelopment</i> |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| USP | Universidade de São Paulo |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|------------------|--|-----|
| Figura 01 | O ciclo da política (<i>PolicyCicle</i>) | 31 |
| Figura 02 | Visão clássica do ciclo da política (<i>PolicyCicle</i>) | 35 |
| Figura 03 | Visão linear do ciclo da política (<i>PolicyCicle</i>) | 36 |
| Figura 04 | Quadrilátero da formação | 105 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Gráfico 01 | Oferta de cursos de graduação em enfermagem por região geográfica. Brasil 1991-2012 | 71 |
| Gráfico 02 | Ofertas de cursos de enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil-2011 | 72 |
| Gráfico 03 | Evolução das matrículas de educação superior, por dependência administrativa. Brasil-1980-2013 | 73 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|--|----|
| Quadro 01 | Políticas implementadas na década de 1970 | 49 |
| Quadro 02 | Mudanças que marcaram o processo de intervenção do homem em sociedade sobre o meio ambiente | 60 |
| Quadro 03 | Paradigma cartesiano (industrialização e crescimento econômico) versus Paradigma ambiental (desenvolvimento sustentável) | 65 |
| Quadro 04 | Distribuição das matrículas, segundo a dependência administrativa. Brasil2003-2013 | |
| Quadro 05 | Panorama histórico dos discursos e as principais características de cada CNS | 73 |
| Quadro 06 | Panorama histórico dos principais projetos voltados para a Formação e Qualificação dos Profissionais em | 84 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| | Saúde no Brasil, 1909-2007 | |
| Quadro 07 | Diferenças entre Educação continuada e Educação permanente | 104 |
| Quadro 08 | Responsabilidades estaduais e municipais, após o Pacto de Gestão | 109 |
| Quadro 09 | Instâncias participativas e atores envolvidos no âmbito da PNEPS | 112 |
| Quadro 10 | Número de trabalhadores da saúde, segundo o tipo de vínculo de trabalho e o grupo das ocupações. Cascavel-2007 | 122 |
| Quadro 11 | Potencialidades e Fragilidades da PNEPS | 128 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|--|-----|
| Tabela 01 | Distribuição do público alvo. São Paulo-2006 | 123 |
| Tabela 02 | Distribuição das categorias temáticas. São Paulo-2006 | 124 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| CAPÍTULO 2 METODOLOGIA | 25 |
| CAPÍTULO 3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE | 27 |
| 3.1 ANÁLISE SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS | 27 |
| 3.2 PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA | 31 |
| 3.3 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS DIMENSÕES SOCIAIS E AMBIENTAIS | 38 |
| 3.3.1 Políticas de Saúde e suas Inter-relações com as Dinâmicas Sociais e Ambientais no Brasil | 39 |
| 3.3.2 Do Período Colonial à Ditadura Militar | 40 |
| 3.3.3 Reforma Sanitária Brasileira: Redemocratização e Focalização nas Políticas Pós-Ditadura Militar | 48 |
| 3.3.4 Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Diretrizes | 54 |
| CAPÍTULO 4 SAÚDE, MEIO AMBIENTE E EDUCAÇÃO | 58 |
| 4.1 INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE | 58 |
| 4.2 A COMPLEXIDADE E A PLURALIDADE AMBIENTAL E SOCIAL SOBRE A SAÚDE | 60 |
| 4.3 A PEDAGOGIA DO AMBIENTE | 64 |
| 4.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 67 |
| 4.4.1 Educação em Saúde no MERCOSUL | 67 |
| 4.4.2 Educação em Saúde no BRASIL | 69 |
| 4.5 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE | 74 |
| 4.5.1 Educação Popular e o Ministério da Saúde | 74 |
| 4.5.2 Educação Popular na Formação dos Profissionais de Saúde | 76 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 5 MARCOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 79 |
| 5.1 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (CNS) | 79 |
| 5.2 PANORAMA BRASILEIRO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE | 84 |
| 5.3 REFORMA SANITÁRIA: A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE FRENTE À (RE)DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA | 90 |
| 5.3.1 Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza-SUS) | 92 |
| 5.3.2 Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) | 93 |
| 5.3.3 Diretrizes Nacionais para Carreira, Cargos e Salários no SUS (PNCCS-SUS) | 94 |
| | |
| CAPÍTULO 6 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL | 96 |
| 6.1 AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (ETSUS) | 96 |
| 6.2 O PROJETO DE FORMAÇÃO EM LARGA ESCALA | 98 |
| 6.3 PROGRAMA DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM (PROFAE) | 101 |
| 6.4 ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV) | 102 |
| 6.5 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS) | 103 |
| 6.5.1 Institucionalização da PNEPS | 106 |
| 6.5.2 Pacto de Gestão para à Área de Educação em Saúde: Diretrizes e Responsabilidades | 109 |
| 6.5.3 Implementação da PNEPS | 115 |
| 6.6 PNEPS: UM CAMPO DE SABERES DE PRÁTICAS SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO | 116 |
| 6.6.1 Panorama Brasileiro | 117 |

| | |
|--|-----|
| 6.6.2 Um Balanço das Experiências Acumuladas | 126 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS | 129 |
| REFERÊNCIAS | 132 |

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a educação em saúde vem desenvolvendo, ao longo dos últimos 40 anos, múltiplas iniciativas no sentido de produzir novos conhecimentos que possam contribuir para implementação de políticas e o fortalecimento de ações na área de gestão do trabalho e educação em saúde, através de discussões coletivas, na constante busca de melhorias da qualidade dos serviços oferecidos à população. O processo educativo do trabalhador em saúde no Brasil é concebido a partir das relações sociais que ele estabelece com o mundo. Pode-se afirmar que, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) já apontavam a inadequação da formação profissional dos trabalhadores em saúde frente à realidade encontrada nos serviços de saúde em todo o território nacional.

Na história da educação profissional em saúde, destacavam-se as ações de caráter autoritário, baseadas na transmissão de informações e que estavam voltadas para as mudanças de comportamento dos indivíduos, fortemente atrelada a um modelo assistencial voltado para doença, com ênfase no conhecimento técnico-político especializado e na fragmentação das ações de saúde.

A educação em serviço foi o primeiro conceito posto em marcha de acordo com as CNS, como forma de ajustamento dos profissionais às reais necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente no que tange ao final da década de 1960 e no decorrer das décadas de 1970 e 1980 (OLIVEIRA et al, 2011).

Na década de 1960, dá-se ênfase ao desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde pública. A IV CNS, realizada no Rio de Janeiro em 1967, foi intitulada 'Recursos humanos para as atividades em saúde', e buscou explicitar a importância do tema para o desenvolvimento econômico e social do país, assim como, reivindicava a necessidade de serem criadas estratégias urgentes de capacitação para os trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde (LEMOS, 2010).

Nesta Conferência de Saúde, torna-se clara a associação entre saúde e desenvolvimento econômico, onde a saúde dimensiona-se:

Seja para além de um cuidado essencial para a dignidade humana e passa a ser compreendida como elemento econômico para o desenvolvimento e crescimento do País. Seja para o avanço do capital, para a produção no trabalho, seja para a esfera direta do consumo de mercadorias, necessita-se de um indivíduo sadio, disciplinado, dedicado ao trabalho (LEMOS, 2010, p.82).

Com isso, a educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades como formação profissional específica, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Com o progresso do capitalismo (apropriando-se cada vez mais da ciência e da tecnologia), o conhecimento – que no pensamento marxiano era compreendido como valor de uso – passa a ser cada vez mais apreendido também como valor de troca, ou seja, passa a instituir-se como mercadoria (PEREIRA & RAMOS, 2006).

Ao final da década de 60, o país é marcado pelo **complexo médico-industrial**, reconhecido como uma ampliação na integração entre o Estado, as múltiplas empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde para prestação de serviços em saúde, fazendo da saúde uma mercadoria, um privilégio de poucos. A formação qualificada em saúde, nas dimensões qualitativa e quantitativa, era insuficiente e alicerçada na reprodução técnica e mecânica dos procedimentos apreendidos no cotidiano do trabalho.

A tecnologia organizacional, que surgia como sinônimo de progresso, desenvolvimento e crescimento econômico era traduzido em fragmentação de tarefas com ações mecanizadas, repetitivas, acentuando a alienação e acarretando em várias profissões a desqualificação dos trabalhadores (LEMOS, 2010).

Esse período é marcado pelo desenvolvimento de cursos e **treinamentos aligeirados**, cujo objetivo, fundamentava-se na atenção às novas demandas do expansionismo do setor saúde. Esse crescimento da área de saúde brasileira não se reverteu, todavia em ganhos para a população, principalmente pela proeminência conferida a um modelo de saúde voltado para os interesses do capital nacional e internacional. O modelo de medicina curativista/reabilitadora, focado na lógica hospitalar, com ênfase em tecnologias de altos custos, impossibilitou que a maioria da população tivesse acesso aos cuidados básicos com a saúde.

Desse modo, com a argumentação de se estar atento as diversidades das ações de saúde exigidas para estes trabalhadores, era fortalecida a ideia de qualificação profissional descentralizada e direcionada para os problemas sociais

locais (PEREIRA e RAMOS, 2006). Ressaltava-se a ideia de formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental, fortalecendo a estratégia de substituição dos profissionais de ensino superior, em regiões onde faltavam médicos e trabalhadores da saúde de nível superior.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), pela Lei nº 6229, que previu ações relativas ao trabalho individual e coletivo, dando suporte aos programas de medicina comunitária. A V CNS, evidenciou a proposta do Sistema Nacional de Saúde, assim como a distribuição da força de trabalho em saúde. Nessa mesma época, foram criados os Programas de Extensão de Coberturas (PEC's) (LEMOS, 2010).

Os PEC's que tiveram maior expressão no país, foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PREPS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), possibilitando estratégias que conduzissem à viabilização de escolas e centro de formação do Sistema Único de Saúde (SUS), também cria-se o Projeto de Formação em Larga Escala (PFLE), que tinha como principal objetivo a formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental nos vários serviços de saúde, devido à visível necessidade de ampliar as ações de proteção e promoção da saúde, melhorando a qualidade da formação profissional (PEREIRA & RAMOS, 2006).

O PFLE é concebido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde, quanto pelas instituições educativas.

Segundo documentos ministeriais, trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais:

[...] a) **o ensino supletivo**, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente [...] b) **o treinamento em serviço** que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde [...] c) **o caráter de habilitação** oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação (PEREIRA & RAMOS, 2006, p. 37, grifo nosso).

A VIII CNS, realizada em 1986, demarcava-se um novo capítulo na história das políticas públicas de saúde no país. Além do conceito ampliado de

saúde, enfatiza questões sobre a força de trabalho em saúde e desencadeia a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde(CNRH), onde a educação continuada dos trabalhadores foi o tema central, sendo reconhecida como estratégia favorável a reorganização dos serviços, devendo ser planejada com integração ao setor de serviços e desenvolvimento de recursos humanos das instituições de saúde e do setor formal de ensino, de modo a atender as necessidades específicas por área e categorias profissionais (LEMOS, 2010).

A realização de uma Conferência de Recursos Humanos em Saúde, de certa forma, retratou a importância de uma educação profissional de qualidade como elemento indispensável para a consolidação do processo de reforma sanitária.

Contudo, faz-se necessário esse resgate histórico da discussão acerca da formação profissional em saúde, compreendido entre o início da década de 1960 até a implantação do SUS no final da década de 1980, devido a sua importância e complexidade acerca do entendimento deste assunto. Nestas décadas, a educação dos profissionais de saúde esteve sob influência do cenário político e cultural permeado por distintos processos sociais que de alguma forma (direto ou indiretamente) (re)desenharam sua trajetória no SUS.

A mudança da lógica de formação para a saúde é resultante da seguinte constatação:

[...] para que as ações e serviços de saúde sejam mais efetivos em relação às necessidades de saúde da população, é preciso que haja aproximação entre os atores sociais envolvidos com a saúde (formação, gestão, atenção e controle social) e construção coletiva das diretrizes para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Para desenvolver efetivamente estas estratégias o enfoque escolhido é a **Educação Permanente**. Nela, o trabalho é o eixo fundamental da aprendizagem profissional – os problemas comuns do processo de trabalho são essenciais no desenvolvimento de experiências de aprendizagem coletiva (LOPES et al, 2007, p. 152, grifo nosso).

Assim a Educação Permanente em Saúde (EPS) aproximava dois mundos: interligando o mundo do trabalho ao mundo da educação, onde o meio ambiente de aprendizagem se apresenta como o próprio espaço físico e social dos serviços de saúde e de gestão do SUS, possibilitando um aprendizado fundamentado em uma metodologia ativa e problematizadora da realidade, que

articula teoria e prática, conduzindo à reflexão crítica das práticas reais de profissionais reais no cotidiano das ações de serviços de saúde no SUS.

Desta forma, a natureza da EPS possui semelhanças com Política e Educação de Paulo Freire¹, pois ambas fundamentam-se na aprendizagem significativa.

A educação é permanente não porque certa linha ideológica ou certa posição política ou certo interesse econômico o exijam. A educação é permanente na razão, de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza 'não apenas saber que vivia, mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais'. A educação e a formação permanente se fundam aí (FREIRE, 1995, p. 20).

Para a criação de uma política pública que reestruturasse o modelo de formação com vistas ao fortalecimento do SUS, foi preciso pensar numa estratégia para estruturar e dar sustentação ao conjunto de transformações necessárias para as mudanças. A estratégia escolhida foi a EPS, pois esta proposta acredita no potencial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde (LOPES et al, 2007).

O eixo da EPS concretiza-se nos movimentos já presentes no processo de formação, redefinindo as concepções de aprendizagem, conhecimento, ensino, e estudo no ambiente de trabalho e nos serviços (espaços coletivos socialmente construídos), (MORENO, et al, 2005).

Assim, a Política Nacional de EPS explicita a relação de proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS,

[...] onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde rompendo com o conceito de sistema verticalizado, trabalhando com a ideia de rede, de um conjunto

¹ Educador Pernambucano (1921-1997), é considerado um dos pensadores mais notáveis na história da Pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento chamado pedagogia crítica. A sua prática didática fundamentava-se na crença de que o educando assimilaria o objeto de estudo fazendo uso de uma prática dialética com a realidade, em contraposição à por ele denominada educação bancária, tecnicista e alienante: o educando criaria sua própria educação, fazendo ele próprio o caminho, e não seguindo um já previamente construído; libertando-se de chavões alienantes, o educando seguiria e criaria o rumo do seu aprendizado.

articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurado adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2004, p. 03).

O objetivo do Ministério da Saúde fundamenta-se na construção de uma Política Nacional de formação e desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde, por meio da construção de Pólos de EPS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) que contemplem a elaboração multiprofissional de projetos coletivos de: mudanças na educação técnica, na graduação, nas especializações, nas residências médicas ou quaisquer outras estratégias de pós-graduação. Mudanças estas que visam proporcionar o desenvolvimento intelectual e crítico dos trabalhadores e gestores em saúde, fortalecendo o compromisso dos gestores (estaduais e municipais) com a formação profissional e o compromisso com o sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Desse modo, a EPS incorpora-se ao cotidiano das organizações de saúde (postos de saúde, hospitais de ensino, instituições de ensino em saúde, etc.), colocando o SUS como um interlocutor ativo na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, indo além do mero receptor para o campo de estágio ou aprendizagem prática (MOREIRA, 2010).

Nessa nova relação de ensino/educação/saúde, desaparece o processo de ensino-aprendizagem verticalizado, e entra a dinâmica da roda (gestão coletiva), fundamentada em uma metodologia problematizadora, induzindo o exercício de uma coordenação com a capacidade descentralizadora dos municípios.

A noção de gestão colegiada proporciona a participação e aproximação dos diversos atores das políticas locais de formação de desenvolvimento para o SUS, em uma operação conjunta, onde todos exercem o protagonismo e a produção coletiva das políticas públicas de saúde, fortalecendo a participação social e o exercício da cidadania (LEMOS, 2010).

Propõe-se assim, a criação, implementação e mobilização de Pólos de EPS para o SUS, contribuindo para o avanço da saúde pública, diversificando e estimulando a superação dos limites de uma formação hegemônica, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários práticos de saúde em todo o território nacional, (re)direcionando a uma atenção realmente integral à saúde.

O processo educativo do trabalhador em saúde no Brasil é concebido a partir das inter-relações socioambientais que ele estabelece com o seu mundo de atuação profissional. Pode-se afirmar que a educação dos trabalhadores em saúde no Brasil é estruturada por projetos contraditórios, conflitantes e em luta por uma visão de mundo que olhem o trabalhador como sujeito produzido pelo capital, mas que segundo Pereira e Ramos (2006), um sujeito capaz simultaneamente de vir a ser crítico e utópico, construindo formas qualificadas de pensar e planejar as ações e práticas nas áreas da saúde.

Para Ramos (2010), ao buscar e pesquisar as práticas educativas no cenário histórico da Educação Profissional em Saúde no Brasil, por caminhos de identificação e problematização de referenciais epistemológicos e ético-político que orientaram as políticas de saúde desde a década de 1980, corre-se o risco de se esbarrar no princípio da integração ensino-serviço como eixo central dessa unidade, onde a educação profissional em saúde é fortemente vinculada a um modelo assistencial voltado para doença, com ênfase no conhecimento técnico-político especializado e na fragmentação das ações em saúde.

Tais práticas têm-se mostrado ineficientes para atender as reais necessidades e enfrentar os problemas de saúde das pessoas, pois não estão orientadas para promover a efetiva participação dos sujeitos no enfrentamento dos seus problemas, desconsiderando o fato de que o processo saúde-doença é moldado socialmente dentro de um determinado ambiente, onde as inter-relações sociais e ambientais estão fortemente vinculadas às condições de saúde-doença.

Nesse sentido, a presente pesquisa busca respostas para as seguintes questões:

1. Quais os marcos legais e histórico-políticos que contribuíram para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil?
2. Qual tem sido a repercussão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em relação às reformulações curriculares e à orientação dos profissionais trabalhadores?
3. Qual a importância das inter-relações entre trabalho, educação, saúde e meio ambiente no contexto da institucionalização e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil?

4. Qual é o papel da Política de Educação Permanente em Saúde enquanto campo de saberes pedagógicos e práticas sociais/coletivas em construção no Brasil?

Esse trabalho tem como objetivo geral, descrever e analisar a trajetória histórico-política da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil, considerando a sua direção em meios a espaços produtores de inter-relações sociais e ambientais.

Têm-se como objetivos específicos:

- a) Verificar os marcos históricos e legais que orientaram a implementação de políticas governamentais voltadas à formação e qualificação dos trabalhadores da saúde;
- b) Levantar os fundamentos teórico-metodológicos e os referenciais epistemológicos que sustentam e orientam as políticas de educação profissional em saúde no Brasil;
- c) Avaliar a direção política tomada a partir da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde;
- d) Avaliar os eventuais aspectos da implementação dessa política tendo o princípio da integração ensino-serviço na educação profissional em saúde como eixo norteador, reconhecendo a importância da análise sobre as inter-relações entre trabalho, educação, saúde e meio ambiente no contexto da institucionalização e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil; e
- e) Identificar, caracterizar e analisar as atividades práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas em âmbito nacional com profissionais e em serviços de saúde, à luz das concepções de integralidade, trabalho coletivo e educação permanente.

CAPÍTULO 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata da descrição histórica, com análise crítica, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que ainda é recente, considerando o seu trajeto histórico-político, a sua implementação enquanto política pública e a quantidade de trabalhos científicos pouco expressivos na área. A pesquisa traz a tona esta avaliação e análise sobre as inter-relações com as dinâmicas sociais e ambientais no Brasil.

Do ponto de vista histórico, trata-se de uma pesquisa descritiva; do ponto de vista dos procedimentos técnicos, é bibliográfica e documental.

Sendo assim, foram utilizados diversos tipos de fontes de informações como livros, artigos de periódicos científicos especializados, dissertações, teses, documentos ministeriais digitais, publicações em meio eletrônico, revistas especializadas, trabalhos acadêmicos e as fontes de buscas como os sites do Ministério da Saúde e Educação. Este material foi ordenado, organizado, selecionado e analisado cronologicamente e de acordo com as categorias de análises, possibilitaram assim, a definição das unidades de estudo.

A etapa seguinte foi constituída pela leitura do material, seleção do conteúdo apropriado aos objetivos específicos do trabalho com reflexão consciente, análise precisa, comparação, diferenciação e síntese dos textos para aplicação aos fins específicos da pesquisa.

Posteriormente, a redução dos dados, a classificação, foi acurado o que realmente interessa à pesquisa como marcos históricos, leis e documentos ministeriais; posteriormente à interpretação dos dados, a análise histórica das políticas de educação profissional em saúde no Brasil, e suas inter-relações com o meio ambiente, e sua evolução.

O material de inclusão são aqueles que legitimaram a pesquisa, delimitando o intervalo de tempo (2003-2013), entretanto, com abordagens de fatos históricos e acontecimentos que antecedem a efetiva implementação da Política de Educação em Saúde, quais suas inter-relações, apresentando o fator de funcionamento da política de saúde no Brasil, em especial as políticas de educação em saúde e seus órgãos responsáveis.

A pesquisa do ponto de vista, da forma de abordagem do problema, é em sua natureza qualitativa. Foi realizada a análise do conteúdo, constituídas em elementos de unidades de análise, congregadas em categorias.

A primeira categoria de análise classifica-se pelos marcos legais e histórico-político que antecederam a institucionalização e implementação das políticas de educação profissional em saúde no Brasil, apresentando toda trajetória, as suas dimensões sociais e ambientais, estabelecendo as relações entre saúde e ambiente e os seus antecedentes (CAPÍTULO 3).

A segunda categoria apresenta a análise da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e sua trajetória enquanto política de regulamentação educacional; a sua trajetória nestes últimos 10 anos, como uma retrospectiva da evolução e reformas curriculares e de formação profissional no âmbito da saúde nacional, bem como, as mudanças nas relações entre trabalho e educação sobre o prisma das correntes pedagógicas; a educação popular enquanto prática transversal de articulação dentro do SUS; as interfaces entre ambiente-sociedade-educação-saúde (CAPÍTULO 4).

A terceira categoria apresenta a análise das consequências de fatos importantes dentro das políticas de saúde, como as conferências nacionais de saúde; a reforma sanitária e os impactos sobre a gestão do trabalho e da educação em saúde; as políticas de desprecarização do trabalho em saúde; as diretrizes nacionais para carreira, cargos e salários; e mais recentemente a criação da secretaria de gestão e trabalho e da educação em saúde (CAPÍTULO 5).

A quarta categoria, a política de educação permanente enquanto campo de saberes pedagógicos e práticas sociais/coletivas em construção no Brasil, apresentando a análise das experiências acumuladas por meio dos estudos que contemplam as atividades práticas de educação permanente em saúde, desenvolvidas em âmbito nacional com profissionais e em serviços e unidades de saúde públicas e privadas, à luz das concepções de integralidade, trabalho coletivo e educação permanente; análise sobre as potencialidades e fragilidades da PNEPS (CAPÍTULO 6).

CAPÍTULO 3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

O tema central disserta sobre a análise de uma política pública de saúde no Brasil, que para garantir a consolidação política, a partir da efetiva implementação, percorreu um caminho de progresso construtivo e acumulativo, em meio a espaços produtores de diferenciações sociais e ambientais, vencendo etapas no âmbito político/normativo e administrativo, com alguns antecedentes pedagógicos e institucionais até chegar à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Neste capítulo, a temática sobre políticas públicas é apresentada sobre duas perspectivas: 1) forma conceitual, evoluindo para o estudo do ciclo político, analisando o processo de formulação e implementação das políticas públicas, através de diferentes modelos de análise; 2) o estudo das políticas de saúde no Brasil, e o reconhecimento de suas dimensões sociais e ambientais apresentados através da análise histórica, caracterizada desde a colonização no Brasil, passando pelo período da ditadura militar, até a redemocratização (pós-ditadura militar), com o estudo histórico da reforma da saúde a partir da década de 1960 até a criação do SUS em 1988.

3.1 ANÁLISE SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Atualmente, o conceito de Política Pública mais aceito tem a ver com a visão grega que relaciona Política com Polis (Cidade-Estado). Assentando a Ciência Política fundamentalmente nos trabalhos teóricos dos Políticos², desde Aristóteles aos nossos dias, e provindo estes de campos diversificados do saber, é natural que a definição do seu objeto suscite certas controvérsias, isso porque, desde a Grécia antiga, onde, no dizer de Aristóteles (1966, p. 11) 'o homem era por excelência um animal político'.

De fato, a Política Pública é uma dimensão do ser humano e que o viver em sociedade (polis) faz o homem se realizar como tal, ou seja, ele nem é animal, nem Deus (CAMPOS, 2005). A Política Pública, diferente de outras atividades

² Conjunto de estudiosos que procuram observar, analisar, sistematizar, interpretar e explicar os fatos e acontecimentos políticos, dentro do âmbito da Ciência Política.

humanas cujos objetivos são parcialmente limitados, tem por objeto a vida social contemplada em sua total dimensão.

A atividade política tem uma função pedagógica, de transformação dos homens em cidadãos: a Paidéia³. A participação do espaço, antes restrito ao soberano, amplia-se para a prática da soberania exercida pelos cidadãos, sejam ou não governo. Nestes espaços se desenvolvem as discussões públicas, com discursos voltados ao conhecimento. Não somente o Estado e o governo executivo, mas também a cidade, reunião de cidadãos, adquiriu significado, participam politicamente (DUARTE, 2012, p. 31).

A Política Pública, assim entendida, são as várias atividades, fenômenos e decisões (formais e informais) que abrangem as relações de poder, destinando-se a resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos, e que afeta, direto ou indiretamente, a coletividade social, considerada em sua totalidade.

Dentro do amplo campo da Política Pública, modelos explicativos foram desenvolvidos na tentativa de melhor compreender como e por que o governo produz ou deixa de produzir alguma ação que repercutirá na vida de todos os cidadãos. Muitos foram os modelos desenvolvidos, e aqui serão mapeados aqueles nomeados como principais em estudos consultados.

As múltiplas atividades humanas desenvolvidas em uma sociedade contemporânea são complexas, e produzem diferenciações sociais, de ideias, valores, interesses e opiniões. Essas diferentes aspirações produzem papéis variados no decorrer da vida dos indivíduos. Frequentemente faz com que a vida em sociedade seja complexa e geradora de conflitos, e que devem ser mantidos dentro de limites administráveis, e um dos recursos utilizados para amenizá-los é a 'política' (SCHIMITTER, 1979).

As Políticas Públicas são alicerçadas de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder revestidas de autoridade soberana e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos de bens públicos. As demandas das Políticas Públicas envolvem atividade política dos mais diversos setores de bens e serviços que se destina a atender as solicitações dos atores sociais. As Políticas Públicas resultam do processamento do sistema político, *inputs* – tendo origem no meio ambiente; e dos *witbinputs* – que são as demandas de apoio do interior do

³ Sistema de Educação e Formação Educacional da cultura greco-romana que abordavam temas como ginástica, música, gramática, matemática, geografia, história natural e filosofia.

sistema político. Os *inputs* e os *witbinputs* podem expressar demandas e aspirações de necessidades de amplos setores da sociedade ou de pequenos grupos, como por exemplo, reivindicações de bens e serviços como saúde, educação, segurança, transportes, entre outros (RUA, 1998).

De maneira bastante simplificada, a atividade política nada mais é do que a tentativa de resolver as demandas dos atores sociais através de 'procedimentos formais e informais de resolução pacífica de conflitos', onde os envolvidos são chamados de 'atores políticos', aqueles que têm algo a ganhar ou perder com as decisões políticas. Estes atores políticos podem ser públicos, privados e trabalhadores com atuações condicionadas pelo seu posicionamento social.

Todos esses atores são dotados de grande capacidade de influir nas Políticas Públicas, e eventualmente as opiniões de determinado grupo podem incomodar grupos alheios, gerando insatisfações, definindo um 'estado de coisas', que ao preocupar as autoridades se torna um 'problema político'. Para que isso aconteça é preciso que a apresentação de algumas características seja construída: que se expresse a ação política; que se constitua uma situação de crise, calamidade ou catástrofe; e que represente situações de oportunidade; começando a partir desse momento, a formulação de alternativas (RUA, 1998).

A formulação de alternativas é um dos momentos mais importantes dentro do processo decisório; é quando os atores envolvidos apresentam claramente as suas opiniões, manifestando os seus interesses e com isso, entram em confronto. Cada ator possui diversos recursos de poder: influência, meios de persuasão, votos, dentre outros; e cada um possui preferências, onde um se beneficia e o outro perde com a decisão.

A rigor, uma decisão em Política Pública representa apenas um amontoado de intenções sobre a solução de um determinado problema, expressas na forma de determinações legais: decretos, resoluções entre outros (RUA, 1998).

O que garante a efetiva resolução dos pontos de conflitos é a transformação de uma decisão em ação, que nesse processo recebe o nome de implementação de Políticas Públicas. A implementação corresponde à execução de atividades que permitem que as ações sejam realizadas com vistas a conquistar as metas definidas durante o processo de formulação das Políticas Públicas (SILVA & MELO, 2000). Os estudos sobre os processos de implementação se tornaram

relevantes, pois permitem a realização das análises dos resultados de uma determinada Política Pública.

A implementação de uma Política Pública é uma fase decorrente do processo político. É o momento crucial, pois quando não se atinge o objetivo previamente estabelecido, em muitos casos, isso é considerado como falha de gestão, ou gerenciamento ineficaz (MINOGUE, 1983).

O próprio processo de implementação de Políticas Públicas, tem entranhado em seu cerne a 'tomada de decisões', que se transformará em uma fonte de dados, de informações que irão contribuir para a efetiva prática, e que produzirá elementos para avaliação de sua implementação. O que alguns pesquisadores de Políticas Públicas, classificam como uma 'espécie de jogo' dentro da política.

Silva e Mello (2000, p. 13) acreditam que,

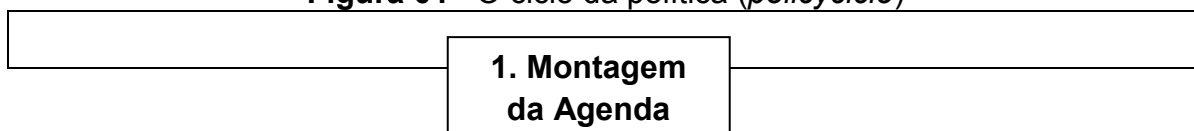
[...] ao se reconhecer esse jogo político, como essencial à vida democrática e para o controle social da ação do governo, estudiosos da área de políticas públicas tem enfatizado a importância de se incorporar grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados, no processo de formulação e implementação de políticas públicas [...]

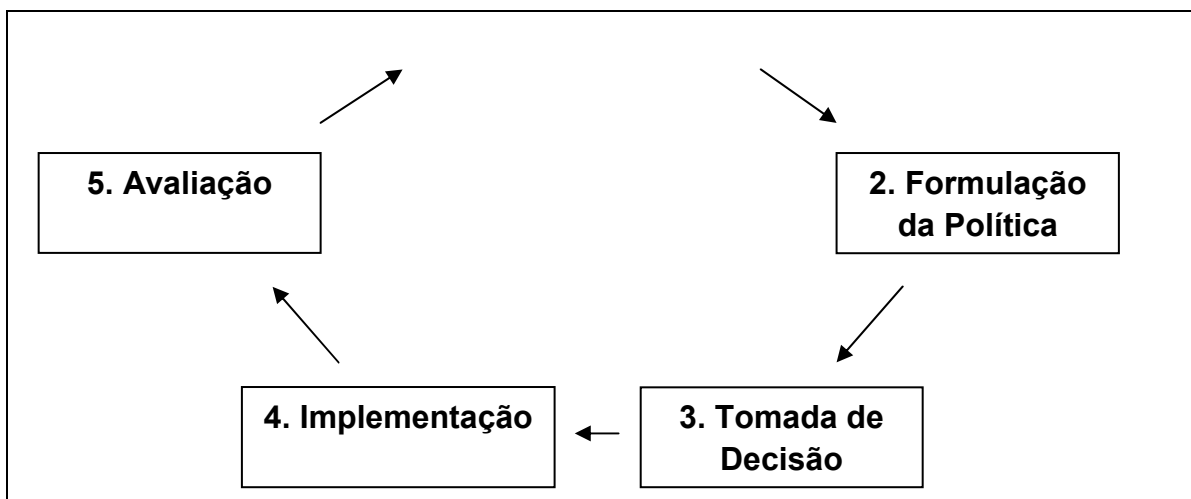
Kingdon (1995) desenvolve uma forma para estudar melhor as Políticas Públicas, como um processo, o qual está baseado:

1. Na argumentação;
2. No debate em torno das ideias; e
3. Nas formas distintas em se definir e interpretar os problemas.

Para tanto, as etapas para se estudar uma Política Pública é conhecida como *policycle*, cujo processo se divide nos seguintes estágios: 1) construção da agenda; 2) de alternativas (formulação de políticas); 3) processo decisório (escolha de uma alternativa); 4) implementação; e 5) avaliação e reajuste de políticas (FIGURA 01). Esta é a ideia de ciclo da política que até os dias atuais é bastante divulgada e trabalhada nos estudos sobre Política Pública (VIANNA & QUEIROZ, 1988; HOWLETT & RAMESH, 1995).

Figura 01– O ciclo da política (*policycle*)





Fonte: Adaptado pelo autor com base nos estudos de HowletteRamesh(1995).

Nesse modelo prevalece a ideia de que uma Política Pública se inicia da identificação de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e tomada de decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada, dando início à atuação do governo (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

3.2 PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

A formulação de uma Política Pública deve considerar alguns aspectos, tais como:

[...] quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente [...] (TEIXEIRA, 2002, p. 02).

A formulação de Políticas Públicas requer um planejamento prévio, que implique em um processo decaminhada democrática, onde as realizações das reuniões sistemáticas prevejam as manifestações de todos os atores envolvidos: entidades, indivíduos representados, movimentos sociais e o próprio Estado. A formulação de soluções e a tomada de decisões alicerçam uma fase crucial da produção de Políticas Públicas (LINDBLUM, 1981).

A formulação de uma Política pública requer, além das discussões públicas em instâncias e fóruns públicos, a tomada de decisões fundamentadas sobre cálculos orientados para identificar a melhor solução e, nesse sentido, depende da ação intelectual dos gestores sobre as informações que lhe são repassadas (SILVA & MELLO, 2000).

Leiteet al (2006) afirma que, a formulação de Políticas Públicas devem ainda corresponder a uma agenda:

1. Políticas para fortalecer a estabilidade macroeconômica e o crescimento;
2. Políticas para promover as oportunidades econômicas;e
3. Políticas para a redução da pobreza.

É importante analisar a formulação de uma Política Pública por que nem sempre os resultados obtidos são os mesmos que foram idealizados no projeto ou programa inicial, durante a sua formulação. A análise do processo de implementação tem como objetivos abordar e examinar de que forma esta sendo feito esta implementação, a atuação dos atores envolvidos, a forma como esta sendo desempenhada, e a análise dos conteúdos dos programas (FREY, 1997).

Para alguns autores, a expansão das pesquisas sobre a implantação de Políticas Públicas se deu principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da década de 1970 com a consolidação de programas de combate à pobreza (PEREZ, 2001).

A conceituação de implementação ainda goza de pouco consenso. Para Lester et al (1987) alguns autores acreditam que a implementação refere-se a todo o processo iniciado com o estabelecimento da política até o seu efetivo impacto; já para outros, a implementação não se confunde com o alcance do seu impacto, sendo basicamente um processo contendo uma série de decisões e de ações colocadas em práticas pelo governo.

A implementação como um estado que alcança os objetivos da Política Pública e, implementar (enquanto verbo), como um processo onde tudo acontece buscando sempre alcançar os propósitos da política. A implementação assume uma postura dinâmica (NAJAN, 1995).

Os estudos de Políticas Públicas indicam haver um 'elo perdido', situado entre a tomada de decisões e a avaliação dos resultados: a implementação. A implementação são as ações necessárias para que uma Política Pública saia do papel e funcione, sendo compreendida como um conjunto de ações realizadas por

indivíduos representados ou grupos, de natureza pública ou privada, com objetivos estabelecidos para acompanhar os vários processos das políticas (RUA, 1995).

Esse acompanhamento dos processos é necessário para avaliar e identificar porque muitas coisas deram certo ou errado, entre a formulação e a avaliação dos resultados. É como uma cadeia, onde um elo deve cooperar com o outro para que tudo funcione. Existem precondições necessárias para uma implantação bem sucedida. A implantação é um processo contínuo (real no processo político), e quando necessário à Política Pública é alterada (DUARTE, 2012).

Em seus estudos sobre análise de Políticas Públicas Rua (1998, p. 252-253), indica dez pré-condições necessárias para o sucesso da implementação eficaz:

1) as circunstâncias externas à agência implementadora não devem impor restrições que desvirtuem a natureza da política; **2)** a política ou programa devem dispor de tempo e recursos suficientes; **3)** [...] em cada estágio da implementação, a combinação necessária de recursos humanos, financeiros e materiais devem estar efetivamente disponível no momento adequado; **4)** a política a ser implantada deve ser baseada em uma teoria correta entre a causa de um problema e o efeito da solução proposta [...]; **5)** essa relação entre causa e efeito deve ser direta [...]; **6)** a responsabilidade pela implementação deve estar claramente atribuída à uma só agência implementadora [...]; **7)** deve haver completa compreensão e bom consenso quanto aos objetivos a serem atingidos [...]; **8)** ao avançar em direção aos objetivos estabelecidos, deve ser possível especificar as tarefas a serem realizadas por cada participante [...]; **9)** é necessário que haja perfeita comunicação entre os vários agentes e agências envolvidos no programa; **10)** os que exercem posições de comando devem ser capazes de obter efetiva obediência de seus comandados [...]

Nem sempre os resultados obtidos são os mesmos que foram idealizados no projeto ou formulação de uma Política Pública ou programa. Frey (1997) acredita que a análise do processo de implementação, tem o objetivo de examinar de que forma esta sendo feita esta implementação, a atuação dos autores envolvidos, o seu próprio cumprimento e a análise dos conteúdos empregados nos programas.

O estudo e acompanhamento do processo de implementação enfrentam a dificuldade de identificar efetivamente o que está sendo implementado, pois as Políticas Públicas são fenômenos complexos (RUA, 1998). Por isso, o acompanhamento e o controle das políticas públicas precisam reconhecer que:

[...] muitas políticas apresentam compromissos entre valores e objetivos conflitantes; muitas políticas envolvem compromissos com interesses poderosos dentro da estrutura de implementação; muitas políticas são formuladas sem que se tenha sido dada a atenção necessária ao modo como as forças poderosas – particularmente as econômicas – poderão impossibilitar a sua implementação (RUA, 1998, p.256).

Medina (1987) apresenta quatro modelos de 'lentes' para análise da implantação de Políticas Públicas, com ênfase em seus sucessos e fracassos:

1. **Modelo racional burocrático:** sucesso nos objetivos, papéis e tecnologia da organização, pois apresenta resistência às mudanças e predomínio do controle hierárquico que aloca tarefas e metas em unidades menores e as monitora; fracasso de implementação porque desconsidera as necessidades psicológicas e sociais dos atores políticos, o que gera conflitos de interesse e barganha entre as organizações.
2. **Modelo de recursos humanos:** sucesso, porque realça a interdependência de pessoas e organizações, no sentido de cooperação, onde os implementadores estão envolvidos na formulação de um programa e são encorajados a exercer julgamentos independentes; fracasso, pois este modelo ignora as condições de conflito, divergências e instabilidades.
3. **Modelo político:** sucesso, porque realça a barganha, o compromisso e consenso, refletindo as preferências e recursos dos participantes; fracasso, pois esse modelo não oferece nenhum critério rigoroso para o sucesso ou fracasso de uma política, onde todos os seus julgamentos são simples assertivas relativas ao processo de barganha.
4. **Modelo simbólico:** sucesso, porque o mais importante em qualquer evento não é o que aconteceu, mas o seu significado, onde as organizações são moldadas mais por valores e cultura do que por objetivos e políticas; fracasso, pois esse modelo não oferece referencial para lidar com situações de conflitos e barganhas organizacionais ou com hierarquias, controles e rotinas burocráticas.

Assim, o processo de implementação de Políticas Públicas tem-se revelado, portanto, como o 'elo perdido' dentro das discussões sobre eficiência e eficácia da ação governamental (SILVA & MELO, 2000).

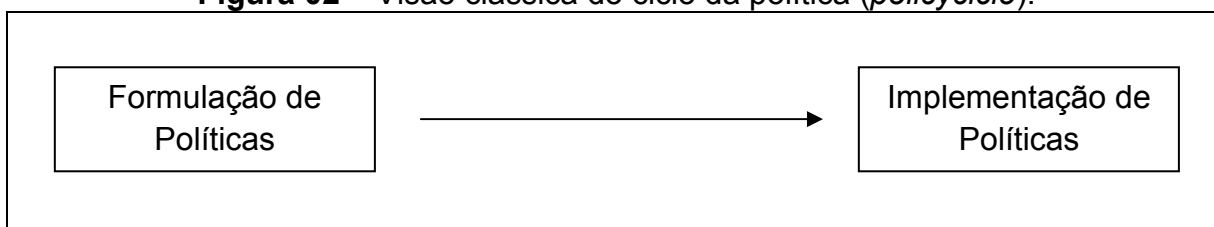
Muitas das políticas governamentais requerem a atuação de atores de duas ou mais organizações durante a fase de sua implementação, e essa atuação coletiva produz conflitos interorganizacionais que se multiplicam com o passar do tempo, tornando a organização e coordenação muito mais complexa, imprimindo diferentes expectativas quanto à efetiva implementação (O'TOOLE et al, 1984).

Traduzir Políticas Públicas e programas na prática não é uma tarefa muito simples. É preciso reconhecer que muitos compromissos estabelecidos na estruturação da implantação não são imutáveis, e que mesmo assim, podem persistir durante todo o processo de transformação da decisão em ação, podendo afetar as próprias Políticas Públicas, interferindo na tomada de decisões e no resultado final.

O acompanhamento e o controle das Políticas Públicas são necessários devido a sua complexidade. O processo de implementação pode ser uma sequência da formulação, envolvendo flexibilização, caminhadas e paradas, um processo intermitente de interação e negociação ao longo do tempo, entre aqueles atores que querem por em prática uma política e os responsáveis pela sua execução prática. É um processo onde é preciso identificar quem procura influenciar o que, a quem, como e porquê (RUA, 1998).

Na abordagem clássica em Políticas Públicas, o processo de implementação é realizado de cima para baixo (*top-down*). Essa abordagem clássica não considera os efeitos retro-alimentadores da implantação sobre a formulação (FIGURA 02), (SILVA & MELO, 2000).

Figura 02 – Visão clássica do ciclo da política (*polycycle*).

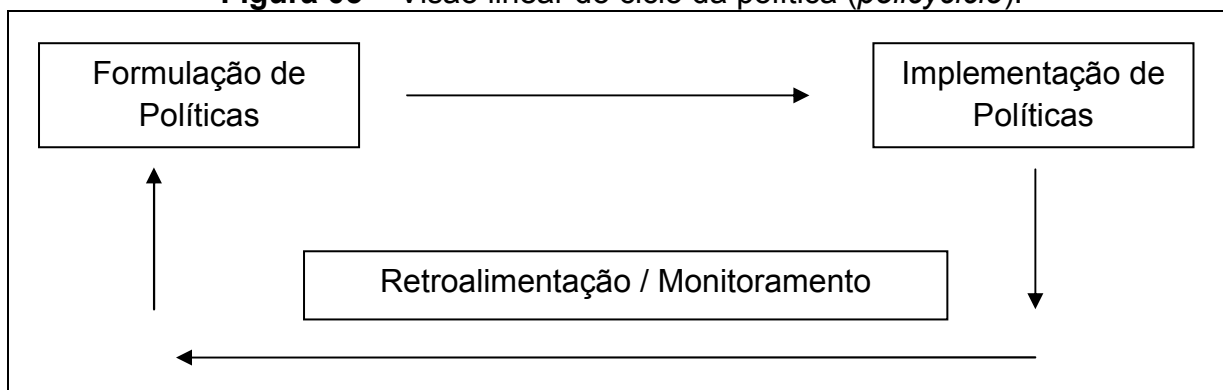


Fonte: Silva e Melo (2000, Caderno nº 45, p.5).

Em outroperspectiva mais elaborada, a formulação e a implementação são vistas como parte essencial de um processo, onde se incorporam o monitoramento e a avaliação das Políticas Públicas como ferramentas que

permitem, quando necessário, a correção da rota (FIGURA 03), (SILVA & MELO, 2000).

Figura 03 – Visão linear do ciclo da política (*polycycle*).



Fonte: Silva e Melo (2000, Caderno nº 45, p.6).

A visão de implementação proposta em ambos os modelos citados acima – modelo clássico (FIGURA 2) e modelo linear (FIGURA 3) representam a abordagem *top-down*. A implementação é vista como um jogo de somente uma rodada, de cima para baixo, onde é possível separar claramente a elaboração da implementação de uma Política Pública. Os implementadores são de fato os agentes que decidem, e os problemas de implementação são definidos como ‘desvios de rota’, que estão relacionados com a coordenação interorganizacional e ao controle.

Contrapondo ao princípio da abordagem *top-down*, na abordagem *bottom-up*, a implementação provoca efeito de baixo para cima, onde o processo de negociação mantém-se durante toda a fase de implementação. A abordagem *bottom-up* facilita a perspectiva da formulação, da implementação e da avaliação de Políticas Públicas como sendo fases interdependentes, como na verdade são (NAJBERG, 2006).

Ambas as abordagens de implementação – *top-down* e *bottom-up* – contribuem para a compreensão sobre o processo de implementação da Política Pública e podem, portanto, se complementar (HOWLETT & RAMESH, 1995).

Sobre o contexto das abordagens inovadoras, a implementação pode ser melhor representada por um jogo entre implementadores onde os papéis são negociados, os grãos de adesão ao programa variam e os recursos entre os atores sociais são objetos de barganha (BARDARACH, 1977). Neste contexto, a implementação ganha traços inovadores e evolucionários, e a cada novo ponto,

impõe novas circunstâncias que permitem atualizar ideias de acordo com as necessidades que fundamentam a implantação.

As abordagens sobre o processo de implementação de Políticas Públicas, descritos anteriormente, são conceitualmente coerentes, relevantes cientificamente, e alicerçados sobre estudos empíricos. Medina (1986) acredita que cada uma dessas perspectivas, citadas acima, contem elementos que são fundamentais para uma visão organizacional integrada, e que a metodologia para análise da implementação de Políticas Públicas mais apropriadas, é o que se pode denominar de 'efeito caleidoscópico', com a aplicação conjunta dos modelos para uma melhor compreensão dos fatos.

Assim, a análise de Políticas Públicas deve ser vista como:

[...] campo estratégico, onde se observa certa indistinção entre formuladores, implementadores e população – meta de um programa. O *policycle* não pode ser concebido de forma simples e linear e tampouco pode ter um ponto de partida e um ponto de chegada claramente definidos. Ele é mais bem representado por redes complexas de formuladores, implementadores e atores sociais. (SILVA & MELO, 2000, p.11)

Dentro do contexto de Políticas Públicas insere-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 330, de 04 de novembro de 2003. A Política Pública em estudo está inserida dentro dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH – SUS), como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS.

Considerando as responsabilidades do Ministério da Saúde, que possibilitou um novo desenho nas políticas de educação em saúde, através da implementação da PNEPS, será realizada em seguida uma abordagem histórica desta implementação. Esta abordagem possibilitará a compreensão dos fatos, com o início do processo de formação de trabalhadores técnicos de saúde no Brasil, somada a Constituição Federal de 1988, a Reforma Sanitária Brasileira, as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, às políticas de educação profissional em saúde no Brasil, as origens das escolas técnicas do SUS e os indicadores de formação em saúde.

3.3 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS DIMENSÕES SOCIAIS E AMBIENTAIS

Muito tem se escrito sobre as Políticas Públicas de saúde do Estado brasileiro, ora realizando análises circunstanciais, ora buscando encontrar possíveis relações explicativas entre os atores sociais e o projeto de sociedade e saúde construído, valorizando a prática médica e a própria estruturação dos serviços de saúde com maior ou menor grau de consciência (BUSS, 1989).

Já as abordagens teóricas sobre os momentos históricos determinantes da formulação e execução das políticas sociais em geral, e da própria Política Pública de saúde em particular, não tem recebido a devida importância científico-política em que vive a moderna sociedade brasileira. As Políticas Públicas de saúde apresentam complexidade crescente, seja pela rapidez com que técnicas e tecnologias se modernizam, seja pela percepção de que a atenção à sociedade deve ser entendida em seu contexto e relações mais amplos (LARANJA, 2012).

Para se ter a trajetória das Políticas Públicas de saúde, do próprio sistema de saúde e as suas inter-relações com o ambiente até o presente momento, é necessário um olhar holístico sobre uma nova prática científica e institucional menos fragmentada e mais integralizada, de caráter interdisciplinar, de modo que se possa acompanhar a constituição do sistema social brasileiro, através de uma abordagem sistemática, com destaque aos momentos históricos determinantes, para assim, construir uma conexão entre as políticas de saúde e suas dimensões sociais e ambientais.

3.3.1 Políticas de Saúde e suas inter-relações com as Dinâmicas Sociais e Ambientais no Brasil

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida dentro de um contexto maior, dentro da própria história do Brasil, como Estado-Nação. As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governos foram executadas no período colonial com a chegada da família real no Brasil em 1808 (BAPTISTA, 2005). O objetivo da época era garantir a assistência à saúde, promovendo a manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter o desenvolvimento promovido pela riqueza no Brasil colônia.

Muitas doenças acometiam a população do país, doenças tropicais e desconhecidas pelos médicos europeus. O conhecimento acerca das formas de transmissão, controle de vetores e tratamentos dessas doenças ainda era muito frágil o que possibilitava diferentes interpretações, e múltiplos diagnósticos sobre as moléstias. A complexidade dos processos de doenças em meio a um ambiente urbano desequilibrado apresentava um duplo desafio. De um lado, era preciso problematizar a realidade e construir um objeto de investigação. Por outro, era necessário articular uma interpretação coerente dos processos sociais e de saúde-doença à degradação do ambiente urbano (GUERRA & CUNHA, 2005).

Desse modo, o próprio conceito de saúde é ampliado quando relacionado com a temática ambiental. A análise das condições de saúde, bem como o desenvolvimento de políticas e programas de melhoria da saúde, não pode ser reduzida somente à análise das doenças e à redução da sua incidência. Nesse contexto, a saúde apresenta-se sobre as dimensões biomédicas, éticas, sociais e culturais convexas, sendo objeto de permanente negociação e de eventuais conflitos dentro de uma sociedade, dependendo de como alguns valores e interesses se relacionavam dentro das estruturas de poder e de distribuição de recursos e riquezas nelas existentes (FREIAS & PORTO, 2006).

Assim, para se compreender um pouco da história sobre as interfaces entre ambiente e saúde, faz-se necessário apresentar alguns processos que estão interconectados ao longo do processo histórico desde a colonização até a redemocratização no Brasil.

3.3.2 Do Período Colonial à Ditadura Militar

O povo brasileiro se constituía da junção entre portugueses, outros imigrantes europeus, e principalmente, índios e negros escravizados. Cada grupo detentor de um paradigma próprio, e conhecimentos próprios sobre as doenças e as formas de tratá-las. Até a chegada da família real, o assistir à saúde era:

[...]uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimentos da cada grupo [...] a população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeiramente – se detentor ou não de posses capazes de pagar por uma assistência – ou fisicamente, conforme a proximidade e facilidade de locomoção do doente. Também existiam os curandeiros e pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os jesuítas, que traziam alguns conhecimentos da prática médica utilizada na Europa, utilizando principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes (VENÂNCIO, 2005, p. 13).

A antropóloga Mary Douglas⁴, diz que essas disposições eram sistemas simbólicos, destinados a manter a coesão dos grupos e a diferenciação com outros grupos, mas elas podem ter funcionado na prevenção de doenças, sobretudo àquelas transmissíveis (SCLIAR, 2002). Mas isso não significa que a prevenção de doenças fosse exercida conscientemente.

A vinda da família real para o Brasil proporcionou também a chegada de mais médicos e conseqüentemente, o aumento da consciência e da preocupação com as condições de vida nas cidades, influenciando o início da construção de um projeto de institucionalização do setor saúde e a regularização das práticas médicas no Brasil. Com a família real no Brasil, em 1808, foi inaugurada a primeira faculdade de medicina, a Escola Médico-Cirúrgica, localizada na cidade de Salvador – Bahia, com vistas à institucionalização das práticas médicas em conformidade aos moldes europeus (BAPTISTA, 2005).

A regularização do ensino técnico e a fiscalização das práticas médicas resultaram em um maior controle das práticas populares, principalmente após a República (BAPTISTA, 2005). Outro resultado da política de normalização médica foi à constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas

⁴ De origem inglesa, Margaret Mary Douglas, estudou Filosofia, Ciências Políticas e Economia em Oxford (1939-1943). Atuou como professora de Estudos Culturais no *Instituto Russel Sage*, e como professora de Humanidades pela Universidade *Northwestern* em Nova York, produzindo os vínculos entre Teologia e Antropologia.

mais nocivas à população e de necessário controle pelo Estado. Assim, em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o hospital D. Pedro II, localizado na cidade do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, com o objetivo central de tratar os doentes mentais (COSTA, 1989).

Nesse período os grandes interesses pela saúde e pela regulamentação das práticas profissionais estiveram intrinsecamente relacionados aos interesses políticos, econômicos, sociais e ambientais do Estado, cujo objetivo era garantir a sua sustentabilidade e a produção de riquezas seguindo a velha política já aplicada em outros países do continente europeu desde o início do século XVIII (COSTA, 1985).

Assim, as primeiras políticas públicas de saúde implementadas no Brasil colônia, tiveram as suas ações voltadas especialmente para (BAPTISTA, 2005):

1. Proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias;
2. Controle e observação das doenças e dos doentes, principalmente nos ambientes ligados à doença;e
3. Teorização das doenças, principalmente para construção de conhecimento e maior eficácia e eficiência prática no controle de doenças.

Nesse sentido, o espaço social ganha uma nova dimensão, onde as relações entre sociedade e natureza, isto é, a dimensão da reprodução social se apresenta como produto e produtora da transformação da natureza (do espaço natural) pelo trabalho social.

Palco das relações sociais, o espaço é, portanto, um palco verdadeiramente construído, modelado, embora em graus muito variados de intervenções e alterações produzidas pelo homem, das mínimas modificações induzidas por uma sociedade de caçadores e coletores (impactos ambientais fracos) até um ambiente construído e altamente artificial como uma grande metrópole contemporânea (fortíssimo impacto sobre o ambiente natural), passando pelas pastagens e pelos campos de cultivo, pelos pequenos assentamentos e etc [...] não é um espaço abstrato, mais um espaço concreto, um espaço geográfico criado nos marcos de uma determinada sociedade (SOUZA, 1997, p. 55).

Desse modo, as primeiras ações de saúde pública no Brasil, não se limitavam somente com os cuidados ao doente em si, mas com o seu meio ambiente. Hipócrates (1950, p. 90) discute os fatores ambientais ligados à doença,

defendendo o conceito ecológico de saúde-enfermidade, ao mesmo tempo em que salienta a multicausalidade na origem das doenças:

Quem quer que estude medicina deve investigar os seguintes aspectos: **1)** o efeito das estações do ano, e as diferenças entre elas; **2)** os eventos, quentes ou frios, característicos do país ou de um lugar em particular; **3)** o efeito da água sobre a saúde [...]; **4)** o modo de vida das pessoas: são glutões e beberrões, e conseqüentemente incapazes de suportar a fadiga, ou, apreciando o trabalho e o exercício, comem e bebem moderadamente?

A ideia de meio ambiente como gerador de doença, ocasionou em algumas medidas de proteção à saúde no Brasil colônia. Algumas campanhas pouco resolutivas, voltadas para os trabalhadores, começavam a ser implementadas, como a quarentena⁵ – principal estratégia de atuação em saúde, utilizada para prevenir, monitorar e controlar a propagação das doenças no meio ambiente social.

Com a proclamação da República em 1889, inicia-se um novo ciclo nas políticas de Estado, influenciado pela decadência das lavouras tradicionais, como o açúcar, o algodão e o tabaco, e pelo fortalecimento e a consolidação econômica produzida pela oligarquia cafeeira (PILETTI, 1996). Paralelamente, as políticas de saúde ganham ainda mais espaço neste contexto com o surto industrial, estimulado, entre outros fatores, pela própria riqueza do café. Com o aumento crescente da exploração do café, necessitava-se cada vez mais de mão-de-obra, e as epidemias se alastravam na mesma velocidade da expansão agrícola, prejudicando o crescimento da economia (PILETTI, 1996; VENÂNCIO, 2005).

Na verdade a importância extraordinária do café constituiria, ao mesmo tempo, a riqueza e a miséria extrema da economia nacional como afirma Piletti (1996):

- **Riqueza**, porque trouxe progresso técnico e divisas para o país, embora essas divisas não resultassem necessariamente na melhoria das condições de vida da população, em virtude da sua concentração nas mãos de poucas pessoas.

⁵Reclusão de indivíduos sadios pelo período máximo de incubação da doença, contado a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que esse indivíduo sadio abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção. Um conjunto de medidas que surgiram ao longo da história para impedir a introdução, numa cidade, região ou país, de uma doença infecciosa que já tivesse se mostrado grave em outras comunidades (SILVA, 2008).

- **Miséria extrema**, por fazer uma economia dependente quase exclusivamente da monocultura cafeeira.

Começava a busca por mais conhecimentos e ações na área de saúde pública, com a criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), o que incentivou às pesquisas pelas faculdades de medicina, e no exterior pelo Instituto Pasteur, e em 1900 a criação de novos institutos específicos de pesquisa no Brasil, como o Instituto Soroterápico Federal, renomeado posteriormente de Instituto Oswaldo Cruz (IOC), (BAPTISTA, 2005).

A partir de 1902, o então presidente da República, Rodrigues Alves, começou a desenvolver juntamente com o prefeito da capital Guanabara, o senhor Pereira Passos, a organização sistemática do saneamento na cidade. Desenvolvendo ações que envolviam o combate a algumas doenças epidêmicas. Em 1903, com a implantação da reforma na saúde, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assumirá a DGSP, propondo um código sanitário que instituía a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária (COSTA, 1995).

O código sanitário foi considerado por alguns pesquisadores da época, como um código de tortura⁶, devida a sua natureza rígida e propostas ousadas, como, a tarefa de identificar os doentes, mantendo-os sobre quarentena e tratamento obrigatório. Felizmente, com as ações de Oswaldo Cruz, consegue-se avançar a paços largos no combate de algumas doenças. Mas o fato de as estratégias de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações de cura e reabilitação das doenças e agravos, uma grande camada da sociedade ficava desprotegida, pois não possuía recursos próprios para custear a assistência à saúde (BAPTISTA, 2005). O direito universal e integral à saúde não era uma preocupação dos governantes, não havendo interesse na definição de uma política pública ampla de proteção social.

No início do século XX, o Estado brasileiro sofria mais agudamente com a crise imposta pelo padrão exportador capitalista; os países que importavam produtos do Brasil, intensificaram as exigências com a qualidade, pois muitos portos e navios mantinham níveis de higiene precários; as epidemias, notadamente, de doenças

⁶ Em charges da época, Oswaldo Cruz era tratado como um alucinado guerreiro, cuja espada é o fumigador usando no combate ao mosquito da febre amarela. Transformando-se em alvo de críticas dos jornais e da população. Oswaldo Cruz é considerado não apenas pioneiro da saúde pública brasileira, mais como o fundador da ciência do Brasil (SCLIAR, 2002).

veiculadas por via hídrica, ressurgiram e o Estado foi obrigado a controlar as doenças, tanto na área da saúde pública quanto na assistência médica individual (COSTA, 1985; SCLIAR, 2002).

A emergência da preocupação com os problemas sociais, de saúde e ambientais urbanos são obrigados a considerar diferentes pesos:

[...] localização, distância, topografia, características geológicas, morfológicas, crescimento populacional, estruturação social do espaço urbano e segregação espacial. [...] os problemas de saúde não atingem igualmente todos os ambientes urbanos. Atingem de maneira severa os ambientes físicos de ocupação de classes sociais menos favorecidas e desvalorizadas espacialmente, quer pela proximidade dos leitos dos rios, das indústrias, quer pela insalubridade [...] (GUERRA & CUNHA, 2005, p. 27-28).

As medidas de saúde pública, contudo, já não eram suficientes; não atingiam a dimensão social do problema (SCLIAR, 2002). A 'questão social' exigia soluções urgentes e mais radicais. O Estado já não poderia limitar-se a intervir ocasionalmente, e sob forma de política. Impunha-se a necessidade de uma mudança substancial na intervenção social. Alguma coisa precisava ser feita – e foi feita.

Em 1923, as inúmeras revoltas populares, associadas aos movimentos anarquistas e comunistas, pressionaram o Estado por ações mais efetivas de atenção à saúde (VENÂNCIO, 2005). Foi a partir desses movimentos que, Eloy Chaves⁷, propôs uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) para algumas organizações trabalhistas, como os ferroviários e marítimos, servindo de modelo para a construção do primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que foi definido na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas⁸ (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1985).

Em 1929, com a queda da bolsa de Nova York, os EUA entram em uma profunda crise; paralelamente, houve uma expansão industrial, gerando produções

⁷ Banqueiro, fundador e principal acionista do Banco Comind. Político, reconhecido por ser o proponente da legislação precursora da Previdência Social.

⁸ No Brasil, o seguro social surge com o governo de Getúlio Vargas na fase de industrialização dos anos 1920-1940. É quando começa a falar em 'povo'. Até então o Brasil fora um país essencialmente rural, de população dispersa e não organizada, incapaz de formar massa crítica para intervir no processo político – uma não-entidade. O fazendeiro era o tipo mais representativo da nacionalidade, e a fazenda, o lar por excelência, um reduto de honestidade e bem-aventurança. O campo dominava a cidade; a política era feita à base dos currais eleitorais, manipulados pelos coronéis (SCLIAR, 2002).

excessivas, superior à demanda, conduzindo os países a uma recessão econômica mundial. O Brasil também foi afetado com a crise, as exportações foram abaladas impondo o fim do império cafeeiro, como consequência ocorreu a migração da população rural para os centros urbanos, em busca de trabalho (BAPTISTA, 2005).

A Revolução de 1930 provocou o fim da República Velha (1889-1930), e uma reorganização das elites no poder, onde o Estado assumia ativamente o papel de regulador da economia, definia-se assim, um projeto econômico baseado na industrialização (FIORI, 1995). O processo de industrialização faz surgir o proletariado e massas urbanas prontas para a ação. Anarquistas agitavam a população, provocando inúmeros protestos e conflitos (SCLIAR, 2002).

No mesmo ano, ocorreu a criação do Ministério do Trabalho – que surgiu para concretizar o projeto do novo regime e interferir sistematicamente no conflito entre capital e trabalho –, a favor do trabalhador, onde apresentava:

[...] a obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias, e a lei do salário-mínimo [...] Getúlio, o 'pai' dos trabalhadores como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos [...] é nessa fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), ampliando o papel da CAP's (BAPTISTA, 2005, p. 18).

Os IAP's passam a incluir todas as categorias profissionais, e a contar com a participação efetiva do Estado sobre a sua administração, controle interno e financiamento. Com os IAP's inicia-se um sistema público de previdência social, onde a contribuição formal do trabalhador garantia o seu benefício. Aos poucos, os institutos começam a proporcionar assistência médica. Essa forma de organização forçou um padrão de regulação do Estado que valoriza o trabalhador, que exerce funções de interesse do Estado, atribuindo aos trabalhadores contribuintes, um *status* de cidadão – uma cidadania excludente, pois não garantia os mesmos direitos a todos (SANTOS, 1979).

Os IAP's eram também, um poderoso instrumento de manipulação política. Quem não se inseria nesse modelo estava excluído do direito à assistência à saúde, ficando a mercê da caridade de alguns profissionais de saúde e do assistencialismo de alguns hospitais (SCLIAR, 2002).

Na década de 1940 consolidaram o papel da educação na saúde e sua articulação com as políticas do setor, com a criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que tinha o objetivo de polarizar informações sobre saúde e doença e seus procedimentos de prevenção (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

A partir da década de 1950, ocorreram mudanças no sistema de proteção à saúde. Coincidentemente, em 1953 foi instituído o Ministério da Saúde (MS), e o que se verificou foi à transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos e serviços responsáveis, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), resultado de um convênio entre o governo brasileiro e o norte-americano (PAIN, 2009).

Com o processo de industrialização, os grandes centros urbanos tornam-se o coração da economia, atraindo uma grande massa operária. Esse rápido processo de desenvolvimento industrial produziu efeitos desastrosos, como, os acidentes industriais, ocorridos em instalações químicas e petroquímicas revelando a vulnerabilidade de regiões e populações pobres que viviam em áreas de risco. Essas populações que ocupavam as áreas de risco, denominadas por Freitas e Porto (2006) como **zonas de sacrifício**, sem saneamento e próximas de instalações perigosas e poluentes, dependiam cada vez mais do atendimento médico prestado pelo sistema de saúde público.

A industrialização recente, associada às deficiências sociais dos grandes centros urbanos, os problemas impostos pelo domínio desregrado de um ambiente novo e hostil, e as carências dos serviços de saúde contribuíram para a redefinição de paradigmas em diversos campos. O pensamento sistêmico, a integração entre diferentes fenômenos antes dissociados, as noções de complexidade, o modelo hospitalocêntrico, a interação entre ambiente e saúde fazem parte deste novo pensar (FREITAS & PORTO, 2006).

Tal fato levou a uma rápida expansão dos serviços de saúde e da prática de convênios-empresas. Surgem os grandes hospitais, com tecnologia de última geração, aumentando as expectativas de vida e diminuindo o sofrimento das pessoas (MENDES, 1993). O modelo de saúde passa a se definir com base no

hospital e na assistência cada vez mais especializada, seguindo a tendência mundial do pós-guerra⁹.

No pós-guerra, os principais países desenvolvidos da Europa constituem os Estados de Bem-Estar (também conhecido como *WelfareState*), com o objetivo de manter o bem-estar da população, reerguer as economias afetadas pela guerra, fortalecendo o compromisso com a democracia e a justiça social (ESPING-ANDERSEN, 1995).

Faria (1997), apresenta os pilares dessa política:

1. O pleno emprego;
2. A previsão pública de serviços sociais universais (como saúde, educação, habitação, saneamento, lazer, transporte dentre outros);e
3. Assistência social para aqueles não inclusos no sistema produtivo.

Na prática, os desenvolvimentos para a saúde se mantiveram sob a lógica do modelo político em vigor, com ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro. Mas o Golpe Militar de 1964 forçou uma nova organização do Estado. 'Trouxeram mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica e o crescimento progressivo do setor privado' (BAPTISTA, 2005, p. 21).

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966, os vários IAP's foram unificados e a constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) permitiu a uniformização de mais institutos, com mais beneficiários. Dessa forma, podiam desfrutar de assistência médica pagando valores menores, o que representava uma assistência de má qualidade. Tal fato ocasionou uma migração em massa de pacientes de alguns institutos e a superlotação dos hospitais públicos, culminando em uma insatisfação generalizada (VENÂNCIO, 2005).

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS gerou a inclusão no sistema de novas categorias profissionais, e a cada nova categoria incluída aumentava ainda mais a demanda por serviços de saúde. O Estado respondeu à nova demanda com a contratação de serviços privados, permitindo a

⁹A Guerra possibilitou um grande quantitativo de experiências com seres humanos utilizados como cobaias nos campos de concentração, conseqüentemente, um número maior de conhecimentos acerca das drogas, técnicas médicas e seus efeitos sobre o corpo humano (VENÂNCIO, 2005).

formação do que ficou conhecido como ‘complexo médico-industrial’¹⁰ (CORDEIRO, 1984).

Em meio a um cenário de crise política, institucional e econômica do governo militar, a partir de meados da década de 1970, começam a se definir novas estratégias para a garantia e manutenção do governo, dentre elas a ‘política de abertura do governo’ (BAPTISTA, 2005). O processo de abertura possibilitou a expansão gradativa dos movimentos sociais, sob intensa pressão e sem espaço para vocalizar as suas demandas.

Para a saúde, esse momento histórico possibilitou o fortalecimento do ‘movimento sanitário’, que se construía com apoio de instituições acadêmicas com forte respaldo político-teórico: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSO/FIOCRUZ), dentre outras (BAPTISTA, 2005).

O sistema de saúde brasileiro tendia, cada vez mais, a se assemelhar com a medicina americana. Havia uma multiplicidade de instituições prestadoras de serviços de saúde, dirigidas principalmente a uma mesma clientela, excluindo milhões de pessoas sem atenção à saúde, ou recebendo serviços de péssima qualidade (PAIN, 2009). A estes fatos, somam-se ainda, os serviços privados liberais, empresariais e filantrópicos (sobrecarregados), tendo-se uma ideia do tamanho do desafio de reorganização do sistema de saúde brasileiro, denominado de ‘Reforma Sanitária’.

3.3.3 Reforma Sanitária Brasileira: Redemocratização e Focalização nas Políticas Pós-Ditadura Militar

A história das ciências é, basicamente, a história das ideias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu o seu aparecimento (AROUCA, 1975). Por outro lado é

¹⁰ Reconhecido por Mendes (1988 apud LEMOS, 2010) como uma ampliação na integração entre o Estado, as múltiplas empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde para prestação de serviços em saúde.

necessário dar-se conta dos ‘efeitos de retorno e das modificações que as emergências de determinado discurso introduz na construção teórica e na prática política’ (TEIXEIRA, 1995, p. 65).

O conceito de Reforma Sanitária admite essa dupla articulação, de modo que a busca do conhecimento que ela produz acabe por resultar no conhecimento da sua produção, já que é justamente no contra-saber que ela se constrói (TEIXEIRA, 1995). Portanto, o movimento sanitário buscava em sua essência, reverter à lógica da assistência à saúde no Brasil, inserida em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (BAPTISTA, 2003).

O movimento de Reforma Sanitária teve como objetivo central ‘a transformação do sistema de saúde, tendo em vista a importância da política pública de saúde para construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária’ (SILVA & LIMA, 2005, p. 43).

O sistema de saúde era, até então, historicamente, reconhecido pela sua ineficiência e ineficácia no enfrentamento dos problemas de saúde da população [...] caracterizava-se pelo seu cunho essencialmente **curativista** (centrado na cura das doenças em detrimento da prevenção e da promoção da saúde), **hospitalocêntrico** (com ênfase no atendimento médico-hospitalar), **privatista** (fortemente influenciado pelos interesses corporativos dos grupos empresariais ligados ao setor saúde) e **excludente** (a atenção à saúde é voltada para trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal ou para quem pode pagar) (SILVA & LIMA, 2005, p. 43-44, grifo nosso).

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações concretas, mudanças que se efetivaram e políticas que se implementaram, ainda na década de 1970, resguardando os interesses do Estado autoritário (QUADRO01).

Quadro01 – Políticas implementadas na década de 1970 no Brasil.

| ANO DE 1970 | POLÍTICAS IMPLEMENTADAS | AÇÕES E REAÇÕES |
|--------------------|--|--|
| 1974 | Criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS); | Distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais. |

| | | |
|-------------|---|--|
| 1974 | Formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS); | Organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social. |
| 1974 | Instituição do Plano de Pronta Ação (PPA); | Instituiu uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde. |
| 1975 | Formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); | Primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis do governo. |
| 1976 | Promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); | Estendeu os serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde. |
| 1977 | Constituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINAPAS); | Com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. |

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos estudos de Baptista (2005).

Esse conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área da saúde, priorizando a extensão da cobertura dos serviços básicos e fortalecendo a reforma do setor. A partir desse momento ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde (BAPTISTA, 2005).

A saúde passa a assumir um sentido abrangente, sendo resultante das condições de trabalho, educação, alimentação, habitação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e

igualitário às ações e serviços de prevenção e precaução de riscos e doenças, e promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, e de todos os brasileiros (ALMEIDA-FILHO, 2011).

A influência das ideias do movimento de Reforma Sanitária pode ser aferida na trajetória de 'Jeca Tatu', personagem símbolo dos pobres na literatura brasileira,

Retrato estereotipado do 'caipira', o caboclo paulista foi concebido originalmente por Monteiro Lobato¹¹, como um parasita da terra, marcado pela preguiça e inferioridade racial. Em contato com as teses do movimento sanitário durante a década de 1910, Lobato recriou o personagem: a partir daquele momento, seria um brasileiro redimido pela higiene. O movimento sanitário da Primeira República transformou a saúde em questão social e política – o grande obstáculo à civilização (LIMA, 2005, p. 35).

Monteiro Lobato, expressando o seu ardente clamor, assume a bandeira de luta 'sanear é a grande questão nacional'. O problema não era a raça do povo brasileiro pobre, mais sim, as doenças que tornavam as pessoas preguiçosas e sem disposição para o trabalho (SILVA et al, 2010). O 'Jeca Tatu' era assim, um caipira pobre e doente e por isso preguiçoso, que ao tomar banho e acreditar na medicina, livra-se do mal-da-terra (amarelão) e torna-se um fazendeiro saudável. A partir desse momento, as ações de educação em saúde assumem importante destaque no debate político, surgindo várias campanhas de saneamento dos ambientes rurais e no sertão¹².

Nesse sentido, a natureza da proposta de Reforma Sanitária para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social (BAPTISTA, 2005).

Os cem anos de história do Brasil tinham enraizado uma cultura política de Estado enfaticamente concentradora do poder decisório nas mãos de uma parcela pequena da sociedade (poder oligárquico), ou dos recursos produzidos no âmbito do Estado, mantendo um

¹¹ Bacharel em Direito, escritor e editor brasileiro, implantou uma série de renovações nos livros didáticos e infantis, recebendo o título de precursor da literatura infantil no Brasil; uma das suas principais obras foi o Sítio do Pica-Pau Amarelo, que até hoje encanta muitas crianças e adultos.

¹² Historicamente tem sido necessário a construção de um 'cordão sanitário', uma linha geográfica, que mantenha os pobres afastados com a finalidade de não 'contaminar' os ricos. Daí a necessidade de educação em saúde. Nesta perspectiva a educação e a saúde passam por quatro eixos: água, higiene, habitação e escola (BRASIL, 2007).

grande fosso entre grupos sociais e regiões, reproduzindo, dessa forma, uma situação de desigualdade [...] o processo político também estava comprometido em uma rede imbricada de poder instituído na burocracia estatal, na organização política e partidária e na cultura social (BAPTISTA, 2003, p. 146).

A natureza ideológica da Reforma Sanitária exigia uma revisão do modo de direção do Estado. A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado. No âmbito da saúde, o movimento de Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da assistência médica previdenciária, intensificando os conflitos de interesses com a previdência social envolvendo o poder institucional e gerando pressões sobre o setor privado (BAPTISTA, 2005).

Neste contexto, foi realizada em 1980 a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que apresentou como proposta a reformulação da política de saúde e a construção do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).

O PREV-SAÚDE visava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecessem, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta principal, a cobertura de toda a população brasileira até o ano de 2000 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980). No entanto, o PREV-SAÚDE acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos se estabelecendo na prática, dado a forte oposição das entidades do seguimento médico-empresarial somadas as pressões da medicina liberal e do setor privado (CORDEIRO, 1991).

Em 1985 outros mecanismos de reformulação começaram a ser encaminhados como, a reformulação do sistema de saúde na lógica de uma rede unificada. Como marco importante, os integrantes do movimento sanitário começaram a ocupar cargos de expressão em órgãos e instituições do Estado (Ministério da Saúde, INANPS e FIOCRUZ), coordenando as políticas de saúde e previdenciárias (BAPTISTA, 2005). Dentro desse quadro político e social, um lugar de destaque era ocupado por militantes da saúde pública, com Sergio Arouca no centro do movimento. Suas utopias o levaram a presidência da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento considerado o grande movimento pela redemocratização da saúde em toda sua história (RODRIGUES NETO, 2003).

No ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou gestores, técnicos de saúde e usuários para uma discussão coletiva e aberta sobre a reforma do sistema

de saúde, realizando assim, a VIII CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1985). Essa conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação popular, envolvendo comunidade e técnicos de saúde, discutindo sobre uma política setorial. O Brasil voltava a ser Brasil (BAPTISTA, 2005).

A VIII CNS aprovou, com unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo das práticas de saúde estabelecidas. Após 20 de ditadura, após séculos de desassistência, conquistava-se o direito à participação e falava-se em garantia do direito à saúde integral (FARIA, 1997).

Em seus estudos sobre a redemocratização e o direito à saúde (BAPTISTA, 2005, p. 30), descreve o tópico central apresentado no relatório da VIII Conferência de Saúde:

Saúde como Direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços e ações de saúde [...] direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis e em todo o território nacional [...]

Com o advento da Nova República, este relatório serviu como instrumento de pressão política e social, e mais: serviu de referência para discussões sobre saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e financiamento setorial, ao longo dos anos de 1987 e 1988. Assim, as propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato.

As discussões sobre os caminhos e diretrizes propostas na VIII CNS continuaram, envolvendo diversos grupos de esquerda contra conservadores neoliberais:

As divergências eram nítidas, não apenas entre esses grandes setores de base, mas também entre os grupos de esquerda, que competiram muitas vezes por posições e situações de controle dentro do aparelho de Estado, numa aparente 'guerra de posições' autofágica sempre em nome de projetos ou princípios discordantes (LUZ, 1994, p. 138).

Após a Conferência e, partindo de uma proposta da presidência do INAMPS/MPAS, em junho de 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se apresentou como estratégia-ponte na construção do Sistema Nacional de Saúde (SUS), que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (BAPTISTA, 2005; LIMA, 2005).

O SUDS surgiu como proposta política formulada no interior da burocracia do INAMPS, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de motivos para a criação do SUDS, em junho de 1987. O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos Estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava (FARIA, 1997, p. 56).

Ao mesmo tempo em que o SUDS era implementado ocorria à discussão na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 da reforma do setor saúde. Nela, o relatório da VIII CNS foi tomado como base e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi finalmente aprovado (BAPTISTA, 2005). Após a legalização do SUS em 1988, buscou-se definir em novas leis, portarias ministeriais e regras para garantir o seu financiamento e a regularização do setor privado, desafios enfrentados para o avanço da nova política.

3.3.4 Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Diretrizes

O entendimento do conteúdo da sigla SUS não possibilita um conhecimento real do seu significado. Para Paim (2009, p. 13, grifos nossos) 'o SUS é algo distinto, complexo e especial, não se resumindo à simples reunião de palavras como **sistema, único e saúde**'.

O SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. Ao lado dele, políticas econômicas, sociais e ambientais são fundamentais para a

promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos à saúde (PAIM, 2009, p.75).

Um sistema de saúde é a integração não só pelos serviços de saúde, mas também pela mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa e etc [...] o sistema de saúde é considerado algo mais abrangente, contemplando um conjunto de agências e agentes que realizam ações de saúde específicas, como: vacinação e a consulta; ou inespecíficas, como: a informação, educação, comunicação e o financiamento (PAIM, 2009, p. 16-17).

Com a Constituição da República em 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), trazendo a tona à responsabilidade do Estado para com a saúde da população, garantindo mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Essa conquista política e social é atribuída aos diversos esforços enfrentados pelos militantes do movimento sanitário, entre os anos 1976 e 1988.

A constituição de 1988, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos, e como dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas econômicas e sociais voltadas tanto para a 'redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação' (MATTOS, 2001, p. 01).

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da Política Pública, que abrange além de políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. Esse modelo de seguridade social, garantido pelo Estado, rompe de maneira definitiva com o padrão político anterior excludente, afirmando o compromisso com a democracia. A partir da sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado assegurado, mediante políticas públicas sociais e econômicas, a redução dos riscos de doenças e agravos e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988, Art. 169).

Segundo Baptista (2005), o Art. 196 aponta importantes propostas, dentre elas, destacam-se:

1. Proposta de reforma que prevê o compromisso do Estado na maior integração entre os diversos setores, com políticas econômicas e sociais, que amplia a compreensão de condição de saúde plena;
2. Proposta de construção de um sistema de saúde para todos, igualitário e de responsabilidade do Estado e a instituição de um novo formato para política de saúde brasileira, que vise atender a todos conforme suas necessidades;e
3. Proposta de construção de um sistema de saúde único capaz de acolher as diferentes situações de saúde nos seus variados níveis de complexidade.

Para garantir essas propostas, foram enunciados os princípios e diretrizes gerais do SUS para nortear a construção da nova política dentro das diferentes realidades do país, respeitando as singularidades de cada região (LIMA, & BAPTISTA, 2003).

Os **princípios** são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam o nosso pensamento e as nossas ações. Funcionam como se fossem os mandamentos no caso das religiões. Já as **diretrizes** são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou, talvez, no mesmo caminho (PAIM, 2009, p. 56, grifo nosso).

Assim, são definidos os seguintes princípios e diretrizes do SUS (LIMA & BAPTISTA, 2003; PAIM, 2009, grifos nossos):

1. **Princípio da universalização do acesso às ações e serviços de saúde:** todo cidadão, sem privilégios, é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer a todos. É o princípio fundamental da Reforma Sanitária;
2. **Princípio da integralidade da atenção:** é a garantia de acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos, devendo o sistema de saúde proporcionar as condições necessárias de atendimento, de acordo com as necessidades específicas de cada usuário;e
3. **Princípio da descentralização, com direção única do sistema:** dentro do contexto da Reforma Sanitária, apresenta-se com o propósito de promover

uma maior democratização do processo decisório de saúde, já que antes, as práticas eram centralizadas no âmbito do poder federal do governo.

Com efeito, esses princípios formam um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, capaz de expressar com todo o vigor a luta por cidadania, justiça, democracia, dentro do ideário da Reforma Sanitária (CECÍLIO, 2001).

Do mesmo modo, entre as diretrizes estabelecidas e aprovadas na Constituição – descentralização, integralidade e participação da comunidade –, destacam-se ainda:

[...] a divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2009, p. 58).

Conforme descritos anteriormente, os princípios e diretrizes fundamentais desse sistema possibilitam inovações importantes, como o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da sua determinação social; repensar os caminhos trilhados pelo SUS ao apontar novos caminhos para a renovação do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Em termos mais abrangentes, pode resultar na redefinição dos modos de formular e executar as políticas públicas de saúde no país.

CAPÍTULO 4 SAÚDE, MEIO AMBIENTE E EDUCAÇÃO

Do ponto de vista do estudo das questões ambientais, de saúde e educação, este capítulo apresenta inicialmente a abordagem interdisciplinar recomendada para análise de relações complexas, decorrentes de múltiplos processos e inter-relações, que exigem estudos integrados. Buscando contribuir não só para o estudo das inter-relações entre saúde, ambiente e educação, mas também para o debate sobre a interdisciplinaridade presente nestas relações.

No desenvolvimento deste capítulo apresentam-se as seguintes análises:

1) as características que marcaram o processo de interação do homem em sociedade sobre o meio ambiente; 2) o estudo da Pedagogia do Ambiente – que condiciona o homem a (re)repensar o seu modelo de desenvolvimento, orientando a educação ambiental dentro do contexto social onde se situam os atores –; 3) o estudo sobre a saúde no MERCOSUL e, mais especificamente, no Brasil – onde destaca-se a preocupação com o crescimento e a qualidade do ensino médico oferecido, evidenciando a educação em Enfermagem, pela ascensão cada vez maior em cargos de gestão em postos de trabalhos –; 4) a educação popular em saúde, enquanto ferramenta pedagógica de compreensão do processo de saúde-doença e de formação dos profissionais de saúde.

4.1 INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

As mudanças econômicas, políticas, sociais e ambientais que desenharam o Brasil nos últimos 40 anos, condicionaram o estudo de novas ferramentas teóricas, metodológicas e conceituais para a compreensão dessa nova realidade social. Na tentativa de investigar e compreender essa realidade, algumas barreiras foram transpostas, buscando respostas às novas necessidades interdisciplinares presentes no processo de formação do trabalhador em saúde no Brasil.

Do ponto de vista da investigação das questões ambientais e de saúde, a abordagem interdisciplinar é recomendada para a análise de problemas complexos presentes na formação em saúde, com múltiplas e irredutíveis dimensões:

Essas dimensões podem ser analisadas separadamente através de disciplinas distintas em estudos mono ou multidisciplinares por métodos quantitativos ou qualitativos especializados. Entretanto, problemas ou sistemas complexos, decorrentes da confluência de múltiplos processos de interações, exigem estudos integrados e interdisciplinares. Campos teórico-operacionais que envolvem e integram múltiplas áreas de conhecimento, profissionais e instituições em torno de problemas comuns são espaços privilegiados para o **florescer de teorias** interdisciplinares e transdisciplinares (FREITAS & PORTO, 2006, p.31, grifo nosso).

As abordagens desenvolvidas valorizam as múltiplas dimensões e a complexidade do problema, onde a análise integrada e contextualizada de problemas de saúde e ambiente pressupõe uma produção compartilhada de conhecimentos que integra diferentes saberes e práticas na interpretação dos problemas e posterior solução. Deste modo, interpretar um problema de saúde e ambiente a partir de um enfoque integrado e coletivo, abandonando a visão ecológica reducionista, é fundamental, pois, possibilita a construção de propostas para um desenvolvimento econômico e social, cujos benefícios possam ser superiores aos prejuízos delas decorrentes.

Dessa forma, a história da saúde pública se constrói, desde os seus primórdios, profundamente marcada por preocupações com o meio ambiente, onde se observam, no campo das intervenções técnicas, ações voltadas para o meio ambiente físico na perspectiva de se prevenir agravos e evitar danos à saúde dos indivíduos e das populações (MIRANDA & BARCELLOS et al, 2008).

Uma visão mais abrangente de saúde e meio ambiente deve assumir os fenômenos multidimensionais que tem dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro das estruturas de poder e distribuição dos recursos existentes (PORTO, 2008, p. 146).

A saúde humana é, cada vez mais, entendida como resultante de uma rede de interações entre diferentes níveis. Neste contexto, o conceito de saúde como fenômeno e valor, expressa uma visão dinâmica e holística, que parte de uma

visão mais moderna de promoção da saúde e também das abordagens ecossistêmicas de saúde (FILHO, 2011). Do ponto de vista da sustentabilidade, a saúde humana e a saúde do meio ambiente encontram-se fortemente inter-relacionadas (PORTO, 2008).

4.2 A COMPLEXIDADE E A PLURALIDADE AMBIENTAL E SOCIAL SOBRE A SAÚDE

A análise das relações construídas entre a saúde e o meio ambiente precisa ser compreendida de maneira a incorporar a pluralidade das suas dimensões e múltiplas perspectivas que caracterizam a sua complexidade. O estudo dessa relação fornece uma nova visão para se compreender um pouco da história sobre as inter-relações entre ambiente e saúde, onde podem ser encontrados alguns processos históricos interconectados (QUADRO 02).

Quadro 02 – Mudanças que marcaram o processo de intervenção do homem em sociedade sobre o meio ambiente.

| ETAPAS | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICAÇÕES |
|--------|--|---|
| 1º | Surgimento da agricultura e domesticação de animais, iniciadas entre 10.000 e 5.000 anos atrás. | Nesse período, o homem adquire a capacidade de alterar seu ambiente utilizando ferramentas, armas e fogo, conquistando novos hábitos e se fixando em pequenos vilarejos, onde os ambientes se tornam propícios para uma série de doenças devido à interação com diversos agentes patogênicos. |
| 2º | Formação de sociedades complexas e o estabelecimento de grandes civilizações entre 5.000 e 2.500 anos atrás. | Desenvolvimento da urbanização intensa com precária infra-estrutura de fornecimento de água limpa e destino de dejetos. |
| 3º | Aumento da interligação entre as | Diversas civilizações se expandiram |

| | | |
|----|---|---|
| | sociedades complexas entre 2.500 até 500 anos atrás. | por vastos territórios, mobilizando exércitos, agregando outros povos, gerando desorganização e conflitos sociais e políticos. |
| 4º | As rotas comerciais marítimas começam a superar as rotas terrestres preparando o caminho para a exploração do Novo Mundo com suas origens no século XV. | Intensificação dos contatos militares e comerciais, propiciando o acúmulo de capital que impulsionava as grandes mudanças sociais, políticas e econômicas. |
| 5º | As grandes mudanças sociais, políticas e econômicas ocorridas a partir das revoluções Industrial e Francesa entre os séculos XVIII e XIX. | Ampliação dos contratos militares e comerciais, propiciando o acúmulo de capital, o crescimento e a expansão dos processos produtivos. Transformação de energias e materiais para a produção de matérias primas e bens de consumo. Intenso fluxo migratório do campo para os grandes centros, provocando um grande crescimento urbano e industrial. |
| 6º | Intensas transformações ocorridas ao longo do século XX impulsionadas pelo modelo de desenvolvimento econômico. | Crescimento da economia mundial, acompanhado do aumento da população e sua urbanização, gerando fortes impactos sobre os serviços dos ecossistemas locais, regionais e globais. |
| 7º | Incertezas epistemológicas e questões éticas sobre o uso de tecnologias genéticas na medicina e na agricultura no início do século XXI. | Biologia genética (organismos geneticamente modificados), terapias genéticas. Criação de novos sistemas sociotécnicos-ambientais concentrando energias, substâncias e informações que |

| | | |
|--|--|---|
| | | afetam a saúde de populações e ecossistemas expostos. Sabotagem de sistemas (<i>Cybercrimes</i>). |
|--|--|---|

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos estudos de Freitas e Porto (2006).

Cada uma destas etapas foram impulsionadas por determinados ciclos do desenvolvimento capitalista, materializados pelos setores econômicos mais dinâmicos à sua época (PORTO, 2008). Estes processos vêm resultando em degradação dos sistemas de suporte à vida de todos os seres e sistemas vivos, especialmente os humanos. Com o surgimento das civilizações cada vez mais complexas, os homens organizados socialmente iniciaram um processo de intervenção profundo e sistemático sobre o ambiente que o cercava, apossando-se dos recursos naturais disponíveis, levando-os à degradação.

O entendimento desses processos históricos é fundamental para a compreensão do novo padrão de doenças, que vem modificando o perfil de morbimortalidade. Entre os séculos XVIII e XIX, o crescimento e a expansão dos processos de produção e a transformação de energias e materiais para a produção de matérias-primas e bens de consumo, intensificados a partir da Revolução Industrial, influenciaram um grande fluxo migratório do campo para os grandes centros urbanos, provocando um crescimento urbano e social desordenado (FREITAS E PORTO, 2006).

Acendia o grande contingente de populações que viviam nas cidades e trabalhavam nas indústrias, com condições de vida e trabalho insalubres, que se manifestavam em taxas crescentes de óbitos e adoecimentos acometendo principalmente as populações mais pobres. Esse intenso processo de transição demográfica associada à **transição epidemiológica incompleta**, desenhada por doenças ditas da pobreza (infectocontagiosas) e pelas ditas da modernidade (crônico-degenerativas), redesenharam o processo de saúde-doença dentro dos novos espaços geográficos dos grandes centros urbanos (MIRANDA & BARCELLOS et al, 2008, grifo nosso).

Contudo, por mais importante que o processo de expansão industrial possa ter sido para o crescimento das economias e dos grandes centros urbanos, esta não parece ser a explicação mais plausível para o agravamento das desigualdades sociais e os inúmeros problemas de saúde que este modelo produziu.

Para explicar a complexidade ambiental e sua influência sobre o estado de saúde dos grupos sociais, é preciso utilizar a velha ideia de **ciclo vicioso** (BARATA, 2009, grifo nosso).

As explicações sócio-históricas das desigualdades sociais e ambientais sobre a saúde baseiam-se na ideia de que a saúde é um produto social e que algumas formas de organização social são mais saudáveis do que outras. O conceito-chave dessa abordagem é o processo de (re)produção social, que implica diretamente sobre a (re)produção de diferentes domínios da vida (BARATA, 2009, grifo nosso):

1. **Reprodução biológica do indivíduo:** que garante suas características como espécie biológica principalmente marcada pela interação entre herança genética e as potencialidades herdadas pelas condições concretas de existência.
2. **Das relações ecológicas dos grupos:** como os homens vivem em sociedade, suas relações com o mesmo ambiente produzem formas de consciência coletiva resultantes das inter-relações, que configuram um terceiro domínio: o da cultura.

De modo geral, as desigualdades sociais e ambientais, decorrentes de diferenças substantivas presentes no processo de reprodução social, apresentam reflexos sobre as condições de saúde que são identificadas como iniquidades.

A globalização da degradação ambiental e das iniquidades sociais colocam em xeque duas dimensões igualmente importantes e interdependentes que estão na base da definição original de **desenvolvimento sustentável**. Elas ameaçam tanto o acesso aos recursos naturais e a um ambiente saudável, como a equidade na distribuição de renda e bens, de modo a satisfazer as necessidades das gerações presentes e futuras [...] (FREITAS & PORTO, 2006, p. 56, grifo nosso).

Assim, mesmo que a transição para uma sociedade industrial e moderna, impulsionada pelo processo de globalização, tenham resultado direto sobre o crescimento da economia e na renda *per capita*¹³, eles continuam ameaçando a sustentabilidade ambiental do planeta, com consequências diretas sobre a saúde e o

¹³ Ao longo do século XX, as transformações econômicas foram intensas e as atividades econômicas *per capita* cresceram aproximadamente 4,5 vezes. Somente no período entre 1960 e 2000 a economia global cresceu mais de 6 vezes (FREITAS & PORTO, 2006).

bem-estar das populações. Os enfrentamentos das desigualdades sociais e ambientais sobre a saúde dependem de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios, restaurando a distribuição do poder dentro das sociedades modernas.

4.3A PEDAGOGIA DO AMBIENTE

Graças ao seu intelecto, o homem foi condicionado a (re)pensar o seu modelo de desenvolvimento alicerçado no crescimento econômico, o qual, até então, vinha relegando a um segundo plano as questões sociais, políticas, ambientais e de saúde. A educação ambiental traz consigo uma nova pedagogia que surge da necessidade de orientar a educação dentro do contexto social e na realidade ecológica e cultural onde se situam os atores do processo educativo. Esse novo pensar, considerado como triunfo da nova racionalidade sustentável conduziu o homem a (re)orientação dos processos de produção, aplicação e divulgação de novos conhecimentos, para um processo de transição de um desenvolvimento sustentável (LEFF, 2001).

A pedagogia do ambiente implica em assumir o ambiente reconhecendo o seu contexto físico, biológico, cultural e social, como uma fonte pura de aprendizagem, onde se torna possível consolidar as teorias sobre a prática a partir das especificidades do meio (LEFF, 2001). Essas novas influências e interesses determinam as possibilidades de transformar as estruturas educacionais mediante a inovação de métodos pedagógicos, a (re)estruturação de planos de estudos, a (re)orientação curricular e das atividades acadêmicas nas universidades.

Essas condições sociais do trabalho acadêmico se colocam como projetos para incorporar o saber ambiental nas universidades, onde:

A (re)orientação da pesquisa, a (re)elaboração dos conteúdos curriculares e dos métodos pedagógicos, na perspectiva do desenvolvimento sustentável, implicam a construção de um saber ambiental e sua internalização nos paradigmas científicos e nas práticas docentes que prevalecem. Este processo se defronta com obstáculos que provem da institucionalização dos paradigmas dominantes, legitimados e arraigados nos critérios de valorização do

conhecimento no meio acadêmico e na sociedade em seu conjunto. A formação ambiental se projeta assim com a contracorrente das demandas e interesses da vida acadêmica das universidades e da racionalidade econômica dominante (LEFF, 2001, p. 203).

Com a emergência da crise ambiental, o processo educacional orientou o processo de conscientização sobre o ambiente e regulou condutas sociais para resolver os problemas ambientais. A construção dessa racionalidade exige a transformação dos paradigmas científicos tradicionais e a produção de novos conhecimentos, a integração de saberes, assim como a interlocução de diferentes especialidades, propondo a (re)organização interdisciplinar do conhecimento ambiental (LEFF, 2001; FREITAS & PORTO, 2006).

Isso representou um novo paradigma para lidar com a complexidade do saber ambiental, o que envolve mais do que um conhecimento interdisciplinar: um conhecimento transdisciplinar. O Quadro 03 apresenta as diferenças entre o velho e novo paradigma que envolvem a racionalidade ambiental.

Quadro 03 – Paradigma Cartesiano (industrialização e crescimento econômico) *versus* Paradigma Ambiental (desenvolvimento sustentável).

| CARTESIANO DOMINANTE | AMBIENTAL SUSTENTÁVEL |
|--|--|
| Racionalista, mecanicista, reducionista, tecnocêntrico | Orgânico, holístico, participativo |
| Fatores e valores não relacionados | Fatores e valores fortemente relacionados |
| Conceitos éticos desconectados das práticas cotidianas | Ética integrada ao cotidiano |
| Separação entre objetivo e sujeito | Interação entre o objeto e o sujeito |
| Seres humanos separados dos ecossistemas, em relação a dominação | Seres humanos inseparáveis dos ecossistemas, em uma relação de sinergia |
| Natureza entendida como descontínua, o todo formado pela soma das partes | Natureza entendida como um conjunto de sistemas inter-relacionados, o todo maior que a soma das partes |
| Bem-estar avaliado pela relação de poder | Bem-estar avaliado pela qualidade das inter-relações entre os sistemas |

| | |
|--|---|
| | ambientais e sociais |
| Ênfase na quantidade (<i>per capita</i>) | Ênfase na qualidade (qualidade de vida) |
| Centralização do poder | Descentralização do poder |
| Especialização | Interdisciplinar / Transdisciplinar |
| Ênfase a competição | Ênfase na cooperação |
| Nenhum limite tecnológico | Limite tecnológico definido pela sustentabilidade |

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos estudos de Seiffert (2009).

A racionalidade ambiental não nasce de uma (re)organização sistêmica dos conhecimentos atuais. Ela se constrói por um conjunto de processos diferentes, que geram sentidos políticos e culturais diversos, que não cabem dentro do modelo dominante, por ser holístico e aberto.

‘O saber ambiental é mais do que um conhecimento composto pelo amálgama dos saberes atuais ou pela conjunção das diversas disciplinas para resolver um problema concreto’ (LEFF, 2001, p. 210). É um projeto complexo que não se extrai da realidade empírica, é preciso revisar e reconstruir o mundo a partir de estratégias conceituais e políticas, garantindo os princípios e fundamentos de uma racionalidade ambiental que foram negligenciados pelos paradigmas dominantes do desenvolvimento e crescimento econômico (SEIFFERT, 2009).

Ele não só deve sensibilizar mais modificar as atitudes, fazendo adquirir novos enfoques e conhecimentos que a interdisciplinaridade exige, isto é, integração entre as disciplinas tradicionais para se compreender os problemas do ambiente e a formulação e conscientização das suas soluções (UNESCO, 1980). A ascensão da formação interdisciplinar implica não só na fusão e integração dos conhecimentos provenientes de diferentes ciências, mas na reformulação de seus paradigmas a partir dos problemas socioambientais concretos que se apresentam à competência dos novos profissionais. ‘Trata-se de construir territórios do saber, fertilizados pelas luzes multifacetárias que o olhar ambiental lança sobre a reconstrução do mundo’ (LEFF, 2001, p. 261).

Não obstante, a incorporação do saber ambiental e suas inter-relações com o social e com as questões de saúde, operam-se como um avanço orgânico no desenvolvimento de seus paradigmas tradicionais. Dessa forma as mudanças demográficas e econômicas, bem como, os movimentos sociais que conduziram a

sociedade brasileira à construção de um SUS, precisam destacar, de algum modo, os seus impactos, a sua abrangência espacial e as suas inter-relações com os processos de implementação de políticas públicas de saúde no Brasil.

4.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.4.1 Educação em Saúde no MERCOSUL

O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), foi criado em março de 1991, por decisão dos Presidentes e Chanceleres da Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai, que se caracterizava pela transnacionalização político-econômica mundial, com a formação em blocos regionais. Como o objetivo final é o mercado comum, essa forma de integração possibilita a circulação de bens e serviços e de trabalhadores entre os países membros (VIEIRA et al, 2008).

Neste contexto, realizada em junho do mesmo ano, a Terceira Reunião de Ministros de Saúde do Cone Sul, permitiu aos países da sub-região firmar um acordo, propondo ao MERCOSUL a criação de um subgrupo, que segundo Pierantoniet al (2008, p. 21) ‘era destinado a atender às questões derivadas do processo de integração que tinham relação com a saúde das pessoas e o meio ambiente e com os aspectos sanitários do fluxo de bens e serviços’.

Em novembro de 1992, o Programa Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), tomou a iniciativa e promoveu a primeira reunião de um grupo de trabalho que contou com a participação dos quatros países do MERCOSUL e da Bolívia, para estudar os possíveis caminhos para o desenvolvimento da educação e de recursos humanos para a saúde.

Para Pierantoniet al (2008), houve em um primeiro momento, a constatação da grande ineficiência de informações que pudessem permitir o aprofundamento das discussões, impedindo a (re)orientação para o enfrentamento dos problemas comuns enfrentados pelos países membros, o que levou o grupo a

considerar como prioridade a identificação de cinco áreas de interesse comum, são elas:

- a) Formação e capacitação de mão de obra.
- b) Mercado de trabalho.
- c) Planificação de recursos humanos.
- d) Regulamentação e normalização setoriais.
- e) Características dos mercados de prestação de serviços e seu financiamento.

Estes estudos foram realizados nos anos seguintes, sob o financiamento da OPAS e publicados em 1995, num esforço coletivo entre a OPAS e a Editora FIOCRUZ. Este foi considerado o primeiro documento sobre a temática, dando início a construção de uma agenda setorial regional, que pudesse estimular a cooperação entre os países envolvidos nessa sub-região, destacando uma série de questões (PIERANTONI et al, 2008):

- A análise das características dos sistemas de educação e capacitação nos diversos países e a relativa equivalência entre eles.
- Os marcos e mecanismos regulatórios, relativos tanto à formação como à utilização do pessoal.
- Questões relativas à cobertura dos serviços e alternativas estratégicas de utilização de pessoal para a sua solução.
- A ação de representação social de cada profissão e a integração potencial de mercados de trabalho.
- A possibilidade de cooperação entre os países na área de desenvolvimento de recursos humanos.

Durante os 10 anos seguintes, destacou-se em todo o mundo e, mais precisamente na América Latina o processo de implementação das reformas setoriais, fundamentadas nos princípios da equidade, qualidade da atenção, eficiência, sustentabilidade e participação social, no qual se destaca como fatores críticos as condições de educação em saúde, que ainda apresenta sérios problemas em nosso país (PIERANTONI et al, 2008).

4.4.2 Educação em Saúde no Brasil

A formação de capital intelectual de uma nação, deve se constituir como uma das principais preocupações de um governo. A formação em saúde, por exemplo, tem embutido um alto custo para a sociedade, especialmente em países em desenvolvimento e vem sendo objeto de múltiplas discussões na agenda global para a área de recursos humanos em saúde. O Brasil tem desenvolvido múltiplas iniciativas no sentido de produzir conhecimentos que possam contribuir para a implementação e fortalecimento de ações políticas na área de educação e gestão do trabalho em saúde – com foco no trabalho e no trabalhador. Assim são destaques aportes nos processos de regulação, na gestão, na formação, no desenvolvimento e formulação de políticas setoriais (PIERANTONI et al, 2008).

O perfil da educação em saúde no Brasil sofreu consideráveis transformações, sendo essas, o cerne da sua essência. No caso dos cursos de Medicina esse crescimento ocorreu, especialmente nas décadas de 1970 e 1990, atrelados à expansão da rede privada de ensino, trazendo para a agenda social uma crescente preocupação com a qualidade do ensino oferecido (VARELLA et al, 2008). Não se trata, portanto, de questionar a quantidade de médicos no Brasil, mais sim, refletir sobre a qualidade da formação e educação em saúde oferecida nesse processo.

Com o *boom* das universidades na década de 1970, o ensino superior sofre uma importante inflexão com a criação de 43 novas Escolas Médicas, sendo a maioria por iniciativas privadas, com subsídios do governo (VARELLA et al, 2008). Com o aumento da oferta, a criação desregrada de novas escolas que surgiam de maneira indiscriminada, associados à concorrência desleal e à pressão da categoria médica por mais vagas universitárias, acarretaram em cursos para formação médica sem planejamento e com baixa regulamentação.

O desenvolvimento tecnológico, intensificado no fim do século XX, produziu modificações substantivas no ensino em saúde no Brasil, gerando novos perfis profissionais com elevado nível de especialização. Esse movimento ganhou força na década de 1970, passando a sofrer um processo regulatório com a criação

em 1977, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o credenciamento de programas legitimados a nível nacional (PIERANTONI, 2000).

O ensino em saúde, integrado e espelhando o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, esteve articulado ao crescimento da sociedade com clara vinculação ao surgimento de instituições militares, econômicas e culturais. A satisfação do mercado econômico e a demanda por novas vagas no ensino superior tornam-se os **princípios fundamentais** (AMARAL, 2002, grifo nosso). Neste cenário a área de enfermagem assumiu a operacionalização das escolas técnicas, dado o grande contingente de trabalhadores com baixa escolaridade e sem formação técnica que os tornassem habilitados ao exercício profissional.

Dentre as diversas áreas da saúde o curso de enfermagem, mais especificamente, a formação do enfermeiro nos serviços de saúde, vem passando por transformações que transitam por novas formas de inserção no mercado de trabalho, pela assunção cada vez maior em cargos de gestão, com novos padrões de autonomia profissional e impulsionando a expansão de postos de trabalhos decorrentes da criação do SUS.

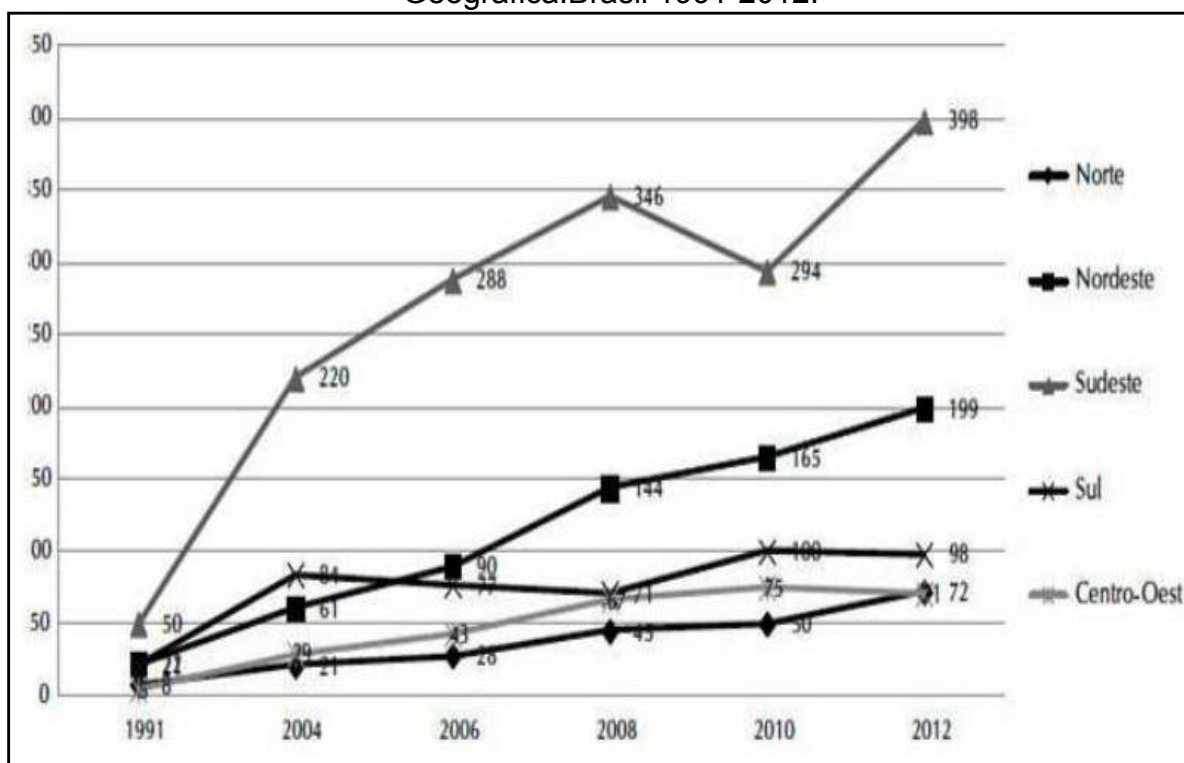
A evidência da divisão social do trabalho mais conhecida no âmbito da formação profissional em saúde diz respeito à história da enfermagem. Esta mostra que as atividades desenvolvidas por estes profissionais careciam de conhecimento teórico, sendo suas atividades puramente manuais. As instituições femininas e religiosas tiveram papel significativo nos cuidados aos doentes [...] (PEREIRA & RAMOS, 2006, p. 22).

Ao final da década de 1990, foi implantado o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que promoveu a qualificação necessária ao exercício profissional. A educação profissional em enfermagem, instituída pelo Decreto nº 2.208/97, passa a ter um conjunto de regulamentação, configurada pelas Diretrizes e Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (RAMOS 2010).

Assim, tomando como análise quantitativa da educação em saúde no Brasil, o curso de Graduação em Enfermagem, por exemplo, revelou um crescimento na oferta de cursos de graduação a partir de 2001 a 2011, no número de cursos, vagas, números de ingressos, inscritos e egressos. Em relação ao número de cursos, foi observado um incremento de 393% do número de instituições

privadas em comparação com 122% de cursos públicos, dentro do período analisado. No Gráfico 01, pode-se visualizar a distribuição espacial dos cursos por regiões do país.

Gráfico 01 – Oferta de Cursos de Graduação em Enfermagem por Região Geográfica. Brasil 1991-2012.

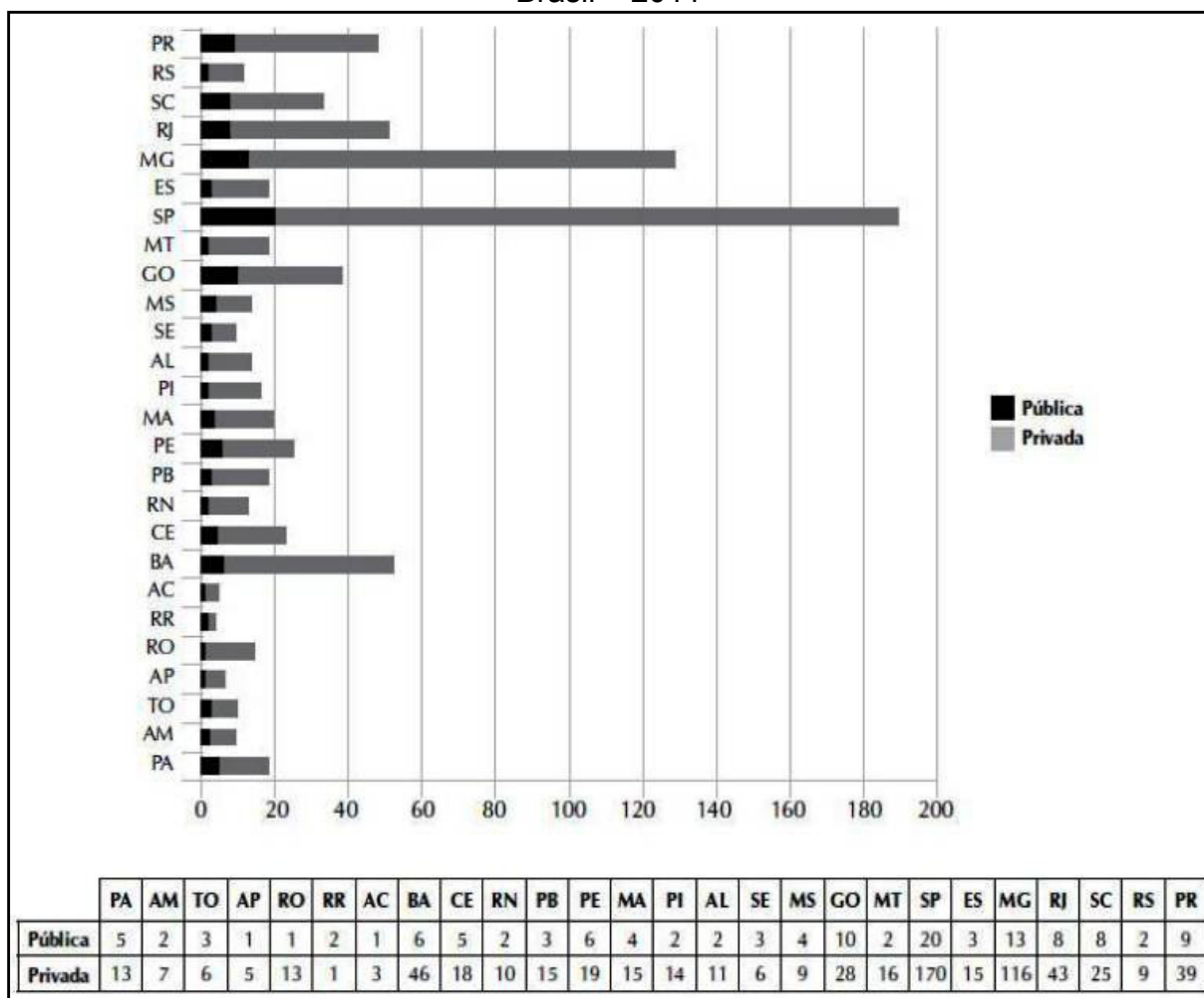


Fonte: Teixeira (2013).

No contexto brasileiro, os estudos sobre os cursos de Enfermagem entre os anos de 2001 a 2011 representou um período histórico de grande importância na (re)estruturação da formação em saúde a partir da implantação das Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC). A implantação dessas diretrizes representam um marco importante na construção de um novo paradigma para a educação em saúde: a orientação da formação sobre os princípios do SUS (TEIXEIRA, 2013).

Quanto à natureza jurídica dos cursos de Enfermagem oferecidos, os achados corroboram com outros estudos (FERNANDES et al, 2013), que demonstram o aumento no número de cursos/vagas em instituições públicas e privadas e do acesso populacional à educação superior (GRÁFICO 02).

**Gráfico 02 – Oferta de cursos de Enfermagem segundo a natureza Jurídica.
Brasil – 2011**



Fonte: Teixeira (2013).

A privatização do ensino de graduação em enfermagem é uma das características mais marcantes da última década, validando outros estudos que apontaram essa tendência nos anos recentes para o crescimento do ensino de enfermagem de nível médio no Brasil.

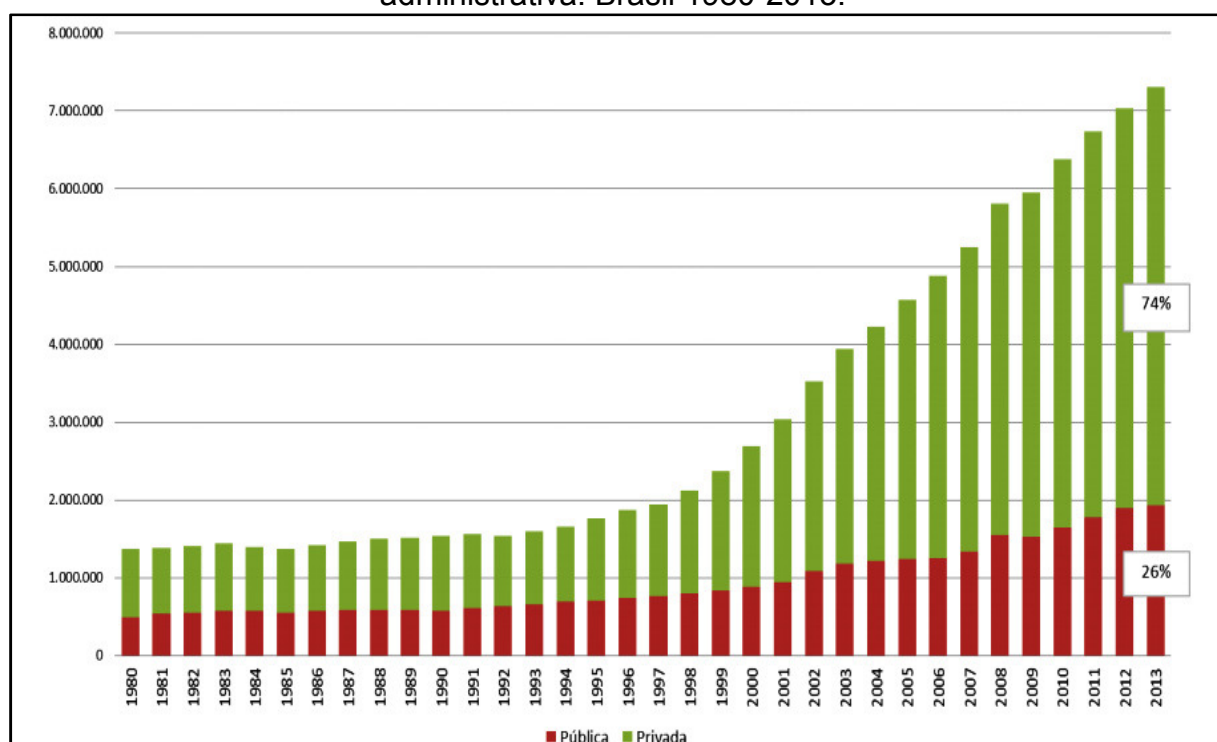
A privatização é reflexo de um sistema de educação em saúde em construção com falhas nas demandas sociais, resultado do desequilíbrio regional dessa oferta indiscriminada, cada vez mais distante da ideia de educação realmente significativa (TABELA 01, GRÁFICO 03).

Quadro 04 – Distribuição das matrículas, segundo a dependência administrativa.
Brasil 2003-2013

| Ano | Instituições | | | | | | | | |
|------|--------------|--------------|---------|----------------------|---------|-----------|---------|------------|---------|
| | Total | Universidade | | Centro Universitário | | Faculdade | | IF e Cefet | |
| | | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada |
| 2003 | 1.859 | 79 | 84 | 3 | 78 | 86 | 1.490 | 39 | - |
| 2004 | 2.013 | 83 | 86 | 3 | 104 | 104 | 1.599 | 34 | - |
| 2005 | 2.165 | 90 | 86 | 3 | 111 | 105 | 1.737 | 33 | - |
| 2006 | 2.270 | 92 | 86 | 4 | 115 | 119 | 1.821 | 33 | - |
| 2007 | 2.281 | 96 | 87 | 4 | 116 | 116 | 1.829 | 33 | - |
| 2008 | 2.252 | 97 | 86 | 5 | 119 | 100 | 1.811 | 34 | - |
| 2009 | 2.314 | 100 | 86 | 7 | 120 | 103 | 1.863 | 35 | - |
| 2010 | 2.378 | 101 | 89 | 7 | 119 | 133 | 1.892 | 37 | - |
| 2011 | 2.365 | 102 | 88 | 7 | 124 | 135 | 1.869 | 40 | - |
| 2012 | 2.416 | 108 | 85 | 10 | 129 | 146 | 1.898 | 40 | - |
| 2013 | 2.391 | 111 | 84 | 10 | 130 | 140 | 1.876 | 40 | - |

Fonte: Senso Escolar 2003-2013
MEC/INEP

Gráfico 03 – Evolução das matrículas de educação superior, por dependência administrativa. Brasil 1980-2013.



A avaliação da evolução e do crescimento no número de cursos e vagas em enfermagem não deve servir apenas à observação, ou para diagnóstico de uma realidade. 'O movimento de expansão dos cursos de graduação em enfermagem não veio acompanhado de um estudo das necessidades e demandas específicas de cada região' (FERNANDES et al, 2013).

É preciso buscar mecanismos de regulação para abertura de novos cursos na área da saúde, aproximando-se os critérios de qualidade de um lado, e de regionalização de outro. Assim, ainda há de se enfrentar desafios internos, tais como: a construção de processos regulatórios afinados entre o sistema educacional e o sistema de saúde que atuem de maneira efetiva sobre as propostas de credenciamento de novas escolas e cursos de saúde e no dimensionamento do número de vagas e sua distribuição geográfica equânime.

4.5 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

4.5.1 Educação Popular e o Ministério da Saúde

Ao resgatar a historicidade da educação popular em saúde no Brasil, Vasconcelos (2001) afirma que, a partir da participação de profissionais de saúde com experiências em educação popular de bases freirianas¹⁴ nos anos de 1970, as práticas tradicionais de educação em saúde sofreram uma abrupta ruptura.

A educação popular sempre esteve histórica e organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais [...] empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade onde realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas [...] (PALUDO, 2001, p. 181).

¹⁴ Paulo Freire (1921-1997), não foi o inventor da Educação Popular, mais foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência acumulada por este movimento. Seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1966, definiu Educação Popular por todo o mundo norteando as relações entre intelectuais e classes populares.

A participação de técnicos de saúde inseridos em pequenas comunidades e vilarejos isolados, atuando como lideranças e criando espaços para debates com apoios por instituições voltadas à transposição das rachaduras culturais existentes por um lado, entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e os movimentos sociais e, por outro lado, a dinâmica do adoecimento e a cura do mundo popular (VASCONCELOS, 2001).

Com o passar dos anos e o acúmulo de experiências, contribuíram para que novas lideranças e novas temáticas produzidas pelos movimentos sociais populares fossem incorporados aos cenários de construção das políticas de saúde, tornando evidente a necessidade de solidificar a participação efetiva desses sujeitos nos cenários políticos.

Sob tais considerações, a educação popular tem seu espaço dentro do Ministério da Saúde, inicialmente na Coordenação Geral de Ações Populares de Educação em Saúde (CGAPES), do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2007).

Ao fazer parte do DGES como uma das coordenações, reconhecida internamente como Coordenação de Educação Popular (CEP), passou por momentos de indefinição e incertezas a respeito de qual seria o seu real objetivo e qual relação existiria entre a Política de Educação Permanente e a Educação Popular em Saúde, considerada como marco inicial das ações da coordenação.

Estes questionamentos contribuíram para o delineamento de que a CEP poderia atuar na formação e agentes sociais, próximos aos usuários do sistema público de saúde, e capazes de atuarem na gestão da política pública de saúde, representando assim, um caminho possível para encontrar a articulação entre Educação Popular e a Política Nacional de Educação em Saúde.

O Ministério de Saúde em parceria com a Rede de Educação Popular em Saúde, para consolidar o diálogo com os movimentos sociais, promoveram encontros estaduais, que identificavam os movimentos sociais que lutavam pela saúde. Em 2003, realizou-se o Encontro Nacional desses movimentos, o que resultou na criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP),(BRASIL, 2007). As duas secretarias, ambas inexistentes na estruturação anterior do Ministério da Saúde,

apresentaram projetos políticos que reafirmavam os princípios constitucionais do SUS, tendo por missão, a criação de ações que provocassem mudanças na formação dos trabalhadores, na gestão do sistema, na organização dos serviços, na qualidade do atendimento e no controle social.

Assim, o Ministério da Saúde, ao promover ações para a Educação Popular, estimula a mobilização social assumindo o compromisso de consolidar a participação da sociedade na política de saúde desde a sua formulação ao exercício do controle social, fomentando o diálogo, resgatando e recriando a cultura popular, afirmando as identidades e ampliando a gestão participativa do SUS.

A Educação Popular em saúde implica em atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre a sua inserção histórica, social e política, construindo cenários de diálogo, comunicação específica, transformando as informações colhidas em estratégias para o movimento de construção de novos caminhos a favor da vida, da dignidade e do respeito ao usuário.

4.5.2 Educação Popular na Formação dos Profissionais de Saúde

Na década de 1970, junto com a emergência dos movimentos sociais, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde os profissionais de saúde inter-relacionavam com grupos comunitários, começando a esboçar tentativas de organizar ações de saúde integradas às características sociais do local.

Na década de 1980, com a conquista da construção do Sistema Único de Saúde, grupos de profissionais na tentativa de incorporar ao serviço público a metodologia da Educação popular,

Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses da legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos, oriundos da crise fiscal do Estado [...] engajam na luta pela democratização do Estado, na qual o método da Educação Popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da

participação popular no gerenciamento e na reorientação das políticas públicas (BRASIL, 2007, p. 19-20).

Criada no início da década de 1990, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços sanitários, a Rede de Educação Popular em Saúde (REPS) foi um importante instrumento de superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber sanitário e as entidades representativas dos movimentos sociais.

Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global dos serviços, busca-se entender, sistematizar e difundir a lógica, o conhecimento e princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar incompreensões e conflitos explícitos de interesse. A **Educação Popular** dedica-se à ampliação dos canais de interação cultural e negociações entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais e instituições [...] tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo para a superação do biologicismo, do autoritarismo de doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais dos serviços de saúde. É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população (BRASIL, 2007, p. 22, grifo nosso).

Desde então, estruturam-se encontros em vários Estados, vários congressos de âmbito nacional dedicaram significativos espaços ao tema, criam-se novos grupos acadêmicos e operativos aumentando as publicações na área. Nesse sentido, a Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que se investe na ampliação da participação, dinamizada pelo ato de questionar e reorientar o aprendizado.

Esses processos são voltados para o empoderamento das pessoas e das comunidades, no sentido de flexibilizar o potencial criativo e desenvolvimento de suas capacidades cognitivas. Isso acontece como ato social e político, onde a tomada de consciência confere poder às pessoas e comunidades, gerando de maneira individual ou coletiva, uma práxis de reflexão crítica sobre a realidade (BRASIL, 2009).

Um dos maiores desafios do movimento de Educação Popular em Saúde é a sua incorporação ampliada nos cursos de graduação de todos os profissionais

de saúde, na formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e na Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores do SUS. Todavia, os serviços de saúde podem criar situações pedagógicas para o fomento da Educação Popular, orientados pelas experiências já acumuladas. Para isso, utilizam-se de metodologias problematizadoras na busca pelas raízes das questões sociais e de saúde mais importantes.

Assim, no ensino profissional em saúde brasileiro, na última década, tem se divulgado a abordagem educacional denominada 'Aprendizagem Baseada em Problemas' (PBL – *Problem-Based Learning*), originárias de experiências realizadas inicialmente no Canadá, Estados Unidos e Holanda (PEREIRA E RAMOS, 2006). Esta metodologia tem criado alternativas ao modelo de ensino em saúde tradicional (baseado em uma metodologia de ensino não problematizadora), procurando substituí-la pelo estudo sistemático dos problemas concretos de forma interdisciplinar.

Estudos de problemas complexos, decorrentes da integração de múltiplos processos e interações, exigem abordagens integralizadas e interdisciplinares. O desenvolvimento de estudos interdisciplinares sobre problemas complexos podem produzir teorias e conceitos transdisciplinares, com referenciais teóricos e metodológicos que são compartilhados por diferentes disciplinas e profissionais em um mesmo campo de estudo (FREITAS & PORTO, 2006).

Desse modo, compreender problemas de saúde, educação e ambiente a partir de um enfoque sistêmico, integrado e participativo, é de fundamental importância para que novas propostas possam ser apresentadas, onde os benefícios superam os prejuízos. Tal desafio é estratégico, especialmente para área de saúde pública, pois pode contribuir para o desenvolvimento de ações para a educação em saúde.

CAPÍTULO 5 MARCOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo, apresentar os marcos legais e institucionais que marcaram a trajetória das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e o florescer das políticas de educação e formação profissional em saúde no Brasil. Analisaremos a reforma sanitária e sua repercussão sobre a gestão do trabalho e da educação em saúde, com a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), do Plano Nacional para Carreira, Cargos e Salários no SUS (PNCCS) e da Secretária de Gestão e Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que contribuíram diretamente para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

5.1 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (CNS)

As políticas de saúde podem ser resgatadas através dos relatórios escritos nas CNS. A CNS, assim como a Conferência Nacional de Educação (CNE), foram criadas através da parceria entre o Ministério da Educação e Saúde, durante a Ditadura Militar; tinham como objetivo central desenvolver conhecimentos da situação e das atividades desenvolvidas, no Brasil, nas áreas de educação e saúde (PEREIRA, 2005).

O Decreto nº 8.090, de 22 de Outubro de 1941, marcava a data para a realização da conferência de educação, realizada no período de 3 a 8 de novembro, e a de saúde, realizada no período de 10 a 15 de novembro do mesmo ano; realizadas mediante o seguinte plano:

[...] I. a Primeira Conferência Nacional de Educação deverá: a) iniciar o estudo das bases de organização de um programa nacional de educação, síntese e objetivos da educação nacional e sistemas dos meios de atingi-los pelo esforço comum da ação oficial e da iniciativa privada [...] b) examinar a situação em que se encontra no país o ensino profissionalizante e técnico, de todos os ramos, para o fim de ser estabelecido o processo de sua coordenação sob uma só

direção, de seu desenvolvimento e de sua adequação às necessidades nacionais [...] II. a Primeira Conferência Nacional de Saúde deverá: a) estudar as bases de organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção à infância [...] b) estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitária e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal; c) considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose [...] (BRASIL, 1941).

Atualmente, as CNS configuram-se como fórum político, com participação de vários segmentos da sociedade civil e política, servindo de espaços para debater as questões primordiais da saúde do país. Esses espaços de debate político têm se traduzido em momentos decisivos na formulação das políticas de saúde. O tema 'Recursos Humanos', mais especificamente, 'a formação e a qualificação profissional dos trabalhadores da saúde', são privilegiados em documentos que resgatam e registram os relatórios das CNS (QUADRO 06).

Quadro 05 – Panorama histórico dos discursos e as principais características de cada Conferência Nacional de Saúde (CNS).

| Conferências Nacionais de Saúde | Ano de Realização | Principais Discursos e Características Importantes |
|--|--------------------------|--|
| I CNS | 1941 | Campanhas sanitárias nacionais de combate às grandes endemias (lepra e tuberculose), com forte influência da concepção higienista. Estudo das bases de organização de um panorama nacional de saúde. |
| II CNS | 1950 | Campanhas sanitárias; Combate à malária; Forte influência das concepções higienistas. |
| III CNS | 1963 | Municipalização dos serviços de saúde; Fixação do Plano Nacional de Saúde (PNS); Adoção do modelo de descentralização da saúde. |
| IV CNS | 1967 | Política permanente de recursos humanos na saúde; Sugestão de criação de centros médico- |

| | | |
|-----------------|------|---|
| | | <p>sanitários;</p> <p>Estímulo para criação e formação de centros de treinamento dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde.</p> |
| V CNS | 1975 | <p>Sistema Nacional de Saúde (SNS);</p> <p>Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI);</p> <p>Racionalidade na distribuição da força de trabalho em saúde.</p> <p>Criação dos Programas de Extensão de Coberturas (PEC's).</p> |
| VI CNS | 1977 | <p>Agravamento do déficit previdenciário;</p> <p>Destaques aos hospitais universitários;</p> <p>Incentivo à equipe multidisciplinar e equipes de saúde compostas por profissionais diversos além dos médicos;</p> <p>Ações preventivas e educacionais perdem espaço para as ações privatistas e curativistas na saúde.</p> |
| VII CNS | 1980 | <p>Implantação do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde);</p> <p>Reestruturação dos serviços de saúde e ampliação dos serviços de saneamento e habitação;</p> <p>Incentivo às ações preventivas com ênfase nos problemas de saúde coletiva;</p> <p>Reafirmação da necessidade de formação profissional para os trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde.</p> |
| VIII CNS | 1986 | <p>Considerada um marco na história das CNS;</p> <p>Ampliação do conceito de saúde/</p> <p>Preocupação com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS);</p> |

| | | |
|----------------|------|--|
| | | <p>Papel decisivo na construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>Ênfase nas questões sobre força de trabalho desencadeando a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH), destacando a necessidade de formação profissional dos trabalhadores.</p> |
| IX CNS | 1992 | <p>Ratifica as propostas da VIII CNS;</p> <p>Atenção para a força de trabalho em saúde, apontando a necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS;</p> <p>Necessidade de formação e capacitação profissional em saúde.</p> |
| X CNS | 1996 | <p>Gestão colegiada e organização dos serviços de saúde;</p> <p>Enfoque sobre a qualidade de vida;</p> <p>Controle social na saúde e autonomia dos Conselhos de Saúde (CS);</p> <p>Financiamento da saúde;</p> <p>Controle e fiscalização dos recursos do SUS;</p> <p>Recursos humanos para a saúde, abordando a gestão e a formação da força de trabalho em saúde;</p> <p>Atenção integral à saúde.</p> |
| XI CNS | 2000 | <p>Efetivação do SUS – acesso universal aos serviços de saúde e controle social;</p> <p>Ênfase na formação profissional em saúde: Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e Programa de Saúde da Família (PSF).</p> |
| XII CNS | 2003 | <p>Reiterou aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social</p> |

| | | |
|-----------------|------|---|
| | | do SUS, a adoção imediata da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como instrumento efetivo para consolidação do SUS. |
| XIII CNS | 2007 | Ênfase à seguridade social. Ênfase para a superação das deficiências presentes nas áreas de saúde, educação e assistência social. Apoio à qualificação e à formação técnica dos profissionais da área da saúde de nível superior. |
| XIV CNS | 2011 | Ênfase na participação da população e no controle social. Ênfase à 'Não Privatização do SUS'. |
| XV CNS | 2015 | Ainda não realizada até a presente data da publicação deste trabalho. |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Refletindo sobre os diferentes contextos sociais, políticos, econômicos e ambientais de cada época, e de cada CNS, Pereira (2005) afirma que, ao mesmo tempo em que são construídos novos projetos voltados para a organização do sistema de saúde, surgem projetos voltados para a formação e qualificação profissional dos trabalhadores inseridos neste sistema.

Assim, ao analisar a trajetória das CNS, e tomando como tema de discussão o florescer da educação profissional em saúde – presente em todas as conferências –, resumida e esquematizada no quadro acima, podemos constatar que através das CNS, as propostas após décadas de discussão se tornaram políticas de Estado, com execução em épocas distintas, com o objetivo de equacionar os problemas de formação profissional, de maneira a promover o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.

5.2 PANORAMA BRASILEIRO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil percorreu vários caminhos até a sua implementação, e neste contexto deve-se ressaltar as ações e os marcos legais para a consolidação do projeto de formação dos profissionais inseridos no sistema. No presente trabalho apresentamos a trajetória da Política Nacional de Educação em Saúde, desde a sua concepção até a sua implementação, salientando as Leis, decretos e portarias que permitiram a sua estruturação.

A organização do trabalho neste tópico irá considerar o arcabouço normativo desta política (educação permanente em saúde) antes do SUS, a nova direção a partir do SUS, as influências das instituições, o papel da educação popular em saúde e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O Quadro 07 apresenta a legislação e os principais projetos de acordo com os períodos de publicação e o conteúdo dos documentos legais.

Quadro 06 – Panorama histórico dos principais projetos voltados para a Formação e Qualificação dos Profissionais em Saúde no Brasil, 1909-2007.

| Ano de Realização | Marco Legal e Institucional | Principais Características |
|--------------------------|------------------------------------|---|
| 1909 | Decreto nº 7.566 | Criação de 19 Escolas de Aprendizes e Artífices (EAA), uma em cada capital de Estado. |
| 1923 | Escola de Enfermagem Anna Nery | Em nível institucional, um marco na formação profissional de trabalhadores da saúde, com cursos de 36 meses de duração, voltados à formação de profissionais para atenderem as demandas da saúde pública no Brasil. Com a expansão da escola, foram criados cursos de |

| | | |
|------|--|---|
| | | 18 meses de duração para formar trabalhadores que atuavam em hospitais. |
| 1930 | Ministério da Saúde | Criação do Ministério da Saúde e instituição da Inspetoria do Ensino Profissional Técnico (EPT). |
| 1942 | Decreto-Lei nº 4.244 | Lei Orgânica do Ensino Secundário. |
| | Decreto-Lei nº 4.073 | Organização do Ensino Industrial. |
| 1943 | Decreto-Lei nº 6.141 | Lei Orgânica do Ensino Comercial, que passam a influir, a disciplinar e a definir pontos importantes no mundo do trabalho comercial e industrial. |
| 1940 | Reforma Capanema | Reforma do sistema educacional (ensino secundário) brasileiro na era Vargas, implantando a ditadura reconhecida como Estado Novo. |
| 1942 | Serviço Nacional da Indústria (SENAI) | Entidade privada destinada a formação de profissionais qualificados para a indústria. |
| 1942 | Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) | Acordo firmado entre Estados Unidos e Brasil para o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia. |
| 1946 | Serviço Nacional do Comércio (SENAC) | Entidade privada com fins públicos, que oferece educação profissional aberta a toda a comunidade. |
| 1950 | Curso de Treinamento em | Criada por um conjunto de |

| | | |
|------|---|--|
| | Serviço na Pro Matre | médicos e professores em uma época onde a cidade de São Paulo contava com poucos hospitais, serviu de referência para o desenvolvimento de atividades maternas especializadas. |
| 1961 | Lei nº 4.024 | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Marcada pela luta entre a defesa do ensino público e os defensores da escola privada. No que tange a formação dos trabalhadores de saúde, o curso de enfermagem passa a ser de nível superior. |
| 1967 | Decreto-Lei nº 5.379 | Provê alfabetização funcional e educação continuada de adolescentes e adultos. |
| 1968 | Lei nº 5.540 | Institui a organização e o funcionamento do ensino superior. |
| 1970 | Criação do Programa de Extensão de Coberturas (PEC's) | Os PEC's que tiveram maior expressão foram o Programa de Preparação Estratégica Pessoal da Saúde (PREPS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). |
| 1971 | Lei nº 5.692 | Logo após a consolidação do Golpe Militar (1964-1968), devido ao aumento da demanda educacional, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) E a |

| | | |
|------|---|---|
| | | <p><i>United States Agency for International Development</i> (USAID) firmam acordos para adoção de medidas que adaptassem o sistema educacional brasileiro ao modelo de desenvolvimento econômico que aqui se intensificava, conhecidos como acordos MEC/USAID.</p> |
| | Lei nº 5.692 | <p>O antigo primário e curso ginásial passam a formar o 1º grau, visando a atender crianças de 7 a 14 anos, e a obrigatoriedade escolar aumenta de 4 para 8 anos. De acordo com a carga horária do currículo, as habilitações de 2º grau poderão formar técnicos (habilitação plena) ou auxiliares (habilitação parcial).</p> |
| 1985 | Criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) | <p>Marco significativo em nível institucional voltada à educação profissional técnica de nível médio na área da saúde.</p> |
| 1987 | Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Ceará | <p>Do ponto de vista de formação requerida, apenas era necessário aos ACS, naquela época, ler e escrever.</p> |
| 1990 | Lei nº 8.080 | <p>Criação das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino.</p> |

| | | |
|------|---|---|
| 1996 | LDB nº 9.394 | Art. 21: a educação escolar compõe-se de: I: Educação Básica, formada pela Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio; II: Educação Superior: assim que atendida a formação geral do educando, poderá prepará-lo para o exercício das profissões técnicas. |
| 2003 | Decreto Lei nº 7.135 | Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por ocasião da reestruturação do organograma do Ministério da Saúde. |
| | Resoluções: nº 330 e 335, do Conselho Nacional de Saúde | Elaboração das orientações, princípios e diretrizes para educação permanente ; aprovação da política nacional para formação e desenvolvimento para o SUS (Caminho para Educação); criação dos Polos de Educação Permanente. |
| 2004 | Decreto nº 5.154 | Permitiu a integração do ensino médio à educação profissional. Considerando que, para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde, é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para educação profissional de nível técnico estabelecidas conforme Parecer nº16/1999, Resolução nº 04/1999 e Decreto nº 5.154. |

| | | |
|------|------------------------|---|
| 2006 | Portaria GM nº 399 | Define o Termo de Compromisso de Gestão, estabelecendo as responsabilidades das três esferas de governo na educação e na saúde. |
| 2007 | Portaria GM/MS nº 1996 | Dispõe as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente. |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com base neste arcabouço histórico, este panorama nos possibilita compreender que a formação profissional dos trabalhadores em saúde passa a ser entendida como condição indispensável, mais não suficiente, para a transformação das práticas de trabalho. Com vistas a superar o caráter alienado da escola e do trabalho em saúde, houve ao longo da história, a criação progressiva de centros formadores e a implantação de programas de qualificação da força de trabalho em saúde, bem como a formulação e implementação de políticas para a educação e a saúde, influenciadas pelo crescimento econômico e industrial do Brasil.

Tudo isso, em um contexto aonde a emergência de um novo perfil de qualificação da força de trabalho conduziu os trabalhadores em saúde a uma (re)escolarização para a adaptação à nova realidade industrial. Essa preocupação com a qualificação dos trabalhadores em saúde se polarizou em torno da Reforma Sanitária, profundamente associada com a perspectiva de uma reforma geral na sociedade.

Novos desafios eram colocados sobre o perfil do trabalhador em saúde com a premissa estabelecida constitucionalmente, onde a saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado, o que provocava, dentre outras preocupações, repensar a formação e qualificação profissional dos trabalhadores da saúde. Apesar da natureza pública, universal e descentralizada do SUS e das políticas de formação e qualificação profissional em saúde, ainda há muito a ser feito para garantir uma formação de qualidade aos trabalhadores.

Atualmente um dos grandes problemas relacionados à gestão do trabalho e da educação no SUS é a baixa profissionalização e qualificação dos trabalhadores

em saúde, associadas aos desequilíbrios entre oferta e demanda, vínculos precários de trabalho, ambientes inadequados e insalubres, dentre outros agravos, que fragilizam a gestão de recursos humanos (BRASIL, 2006). No item abaixo, serão apresentados os desafios superados na tentativa de equacionar as questões de recursos humanos na gestão do trabalho e educação em saúde.

5.3 REFORMA SANITÁRIA: A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE FRENTE À (RE)DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA

O Movimento Sanitário surge nos primeiros anos da Ditadura Militar, quando o silêncio imposto por um Estado coercitivo ainda tem na universidade (encurralada pela opressão militar), um espaço de oposição à ordem geral imposta. Dentro da universidade o pensamento crítico, resistia clandestinamente,

[...] um pouco amparado pelos espaços gerados na contradição vivida pelos militares, que precisavam viabilizar a manutenção de um Estado totalitário. Essa contradição se expressa por meio da implementação de medidas que provocam a paralisação das instituições e organizações políticas, mas que instituem providências mínimas para o atendimento de demandas da população, necessário para o respaldo de práticas coercitivas e a favor do capitalismo dependente. Nesse contexto, a educação e a saúde como práticas sociais ao mesmo tempo em que foram alvos de desmantelamento no seu caráter público e politizador também serviram para a obtenção de consenso e respaldo da população em relação a Ditadura Militar (PEREIRA, 2005, p. 121).

O Movimento de Reforma Sanitária buscava formas de difusão das suas ideias, polarizando as discussões sobre a saúde e em busca por instrumentos propositivos que reestruturassem radicalmente o sistema de saúde. E assim, a proposta do Movimento Sanitário nascente é bifronte:

a) ela representa uma repercussão, no próprio aparelho de Estado, do deslocamento de forças da sociedade civil já ensaiada pela frente popular de oposição ao regime. Democratizar a saúde como parte da estratégia maior de democratização da sociedade. O primeiro ato do movimento sanitário [...] é uma resposta solidária, no setor saúde, ao

esforço de construção da libertação do país [...] é a sociedade civil que pode libertar o Estado e não o Estado que pode libertar a sociedade civil. Esta correspondência política do setor saúde constitui o que podemos denominar o **braço estatal** do movimento sanitário. **b)** O movimento encontra, porém, o seu **braço civil** na instituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (DÁMASIO, 2005, p. 71, grifo do autor).

O CEBES surge a partir de uma proposta lançada por um colegiado de médicos que faziam o primeiro curso de Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que mais tarde, passou a editar a Revista Saúde em Debate, promovendo também eventos e conferências (TEIXEIRA, 1995).

Realizada em 1986, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, consolidou as análises sobre a temática, propondo uma agenda para o Movimento de Reforma Sanitária, no tocante à Política de Gestão do Trabalho e de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores em Saúde e a implementação do SUS.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1993, analisou o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores, apresentando propostas nas dimensões da formação, do desenvolvimento, e da gestão do trabalho, entre outras:

I – Articulação e integração entre os setores da saúde e da educação como princípios nucleares das políticas de recursos humanos para a saúde [...] II – Integração das instituições de ensino e prestadores de serviços, incluindo neste processo, os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação [...] III – Obrigatoriedade das instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS, desenvolverem planos de formação e de desenvolvimento para os seus trabalhadores [...] IV – Estabelecimento, pelos conselhos de saúde, de critérios referentes à formação em todos os níveis de ensino, para a criação e abertura de cursos na área da saúde [...] V – Criação de comissões intersetoriais de recursos humanos nas esferas estaduais e municipais [...] VI – Criação de um sistema de informação do trabalho e de um programa de educação no trabalho, de forma descentralizada, com qualificação de gestores, regionalização e desconcentração dos cursos de formação na saúde (BRASIL, 2005, p. 24-25).

Além destes pontos, foram elaboradas propostas para a organização da gestão do trabalho e elaboração de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS). A

III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 1986, construiu propostas fundamentadas sobre seus eixos temáticos:

1) Gestão do trabalho. 2) Educação na saúde. 3) Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde. 4) Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, estados e municípios. 5) Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde. 6) Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação no setor da saúde (BRASIL, 2005, p. 31).

Na sociedade democrática, a gestão do trabalho tem ocupado posição estratégica no que se refere à tomada de consciência sobre o enfrentamento de situações, que exigem, estratégias para melhoria nas relações de gestão e trabalho. Problemas relacionados à área da gestão do trabalho e da educação em saúde são apontados como alguns dos principais fatores que leva à prestação de serviços de saúde sem a qualidade desejada. Essa situação, entretanto, começa a se modificar.

O trabalho precarizado está associado à desobediência de normas vigentes relacionadas aos direitos trabalhistas e administrativos. A partir da década de 1990, o Governo Federal apresentou a proposta do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (PNDT), regularizando a situação dos profissionais inseridos no sistema.

5.3.1 Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)

O Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) foi uma estratégia de ação do governo federal e fruto de uma política que entrou em vigor a partir da segunda metade da década de 1990, com propostas de reformas estruturais do estado Brasileiro. Aflexibilização e a desprecarização das relações de trabalho a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 19/1998, passaram a ser amplamente adotadas em boa parcela dos estados e municípios (BRASIL, 2006).

No que concerne à área da Saúde, buscando enfrentar o enorme processo de precarização do trabalho e objetivando o enfrentamento do problema, que afeta diretamente a própria viabilidade do SUS, a desprecarização torna-se uma necessidade, já que a valorização do trabalho constitui-se como princípio fundamental à construção da identidade do trabalhador, num processo que busca estabelecer uma política de gestão que oriente a construção de planos de carreira, com uma política salarial digna, tendo como eixo o incentivo ao desenvolvimento dos trabalhadores.

Desta forma, foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Uma das ações mais importantes do Comitê foi à produção do documento 'Orientações gerais para elaboração de editais de Processo Seletivo Público para contratação de Agentes Comunitário de Saúde e Agentes de Combate às Endemias' (BRASIL, 2005). Os comitês de desprecarização devem recadastrar os trabalhadores em situação precária, monitorar alternativas de substituição do trabalho precário, estimular a realização de concursos públicos (avaliando os impactos orçamentários das medidas propostas), e viabilizar o Plano de Cargos e Salários (PCCS).

O Desprecariza-SUS, parte do pressuposto de que trabalhadores da saúde não devem ser considerados propriamente insumos, mas sujeitos ativos, com potencialidades para se desenvolver em direção à autonomia intelectual, sendo capazes de aderir a projetos de transformação profissional, sem deixar de reconhecer que mudanças nas práticas políticas somente se concretizam com a ação coletiva e integralizada de múltiplos atores envolvidos com movimentos sociais.

5.3.2 Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)

Diversas foram às medidas tomadas pelo MS na tentativa de equacionar as questões de recursos humanos na gestão do trabalho e educação em saúde. Com a criação, em 2003, da Secretária de Gestão e Trabalho e da Educação em

Saúde (SGTES), o MS passa a tratar a gestão dos recursos humanos como uma questão estratégica, focada na dimensão do trabalho e da educação em saúde.

Considerada aqui, como ferramenta estratégica, a SGTES contribuiu com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Apoiado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – NOB/RH – SUS, como a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

São atribuições da SGTES (BRASIL, 2009):

- Promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.
- Elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde.
- Planejar e coordenar atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde.
- Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde.
- Promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área.
- Planejar e coordenar ações, no que se refere a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde.

A SGTES ainda prevê o apoio às equipes de saúde, com vistas à solução de problemas de capacitação de equipes, criando uma comunicação direta e favorecendo o compartilhamento de experiências e apoiando educação permanente.

5.3.3 Diretrizes Nacionais para Carreira, Cargos e Salários no SUS (PNCCS-SUS)

Visando subsidiar os gestores na elaboração e reformulação de Planos de Carreira no SUS, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.318 de 5junho

de 2007, publicou as Diretrizes Nacionais para a Instituição dos Planos de Carreira, buscando equacionar os problemas relacionados à fixação de profissionais, disparidades salariais, formas de acesso na carreira, desenvolvimento, avaliação, incentivos, progressão e ascensão profissional dentro do âmbito do SUS.

Fruto de reivindicação histórica dos trabalhadores em saúde, a implantação de Planos de Carreira, Cargos e Salários, no âmbito do SUS, tem como propósito desenvolver e valorizar o trabalhador da saúde estabelecendo as possibilidades concretas de consolidação da carreira como instrumento estratégico para o fortalecimento e a consolidação do SUS (BRASIL, 2005).

CAPÍTULO 6 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

A história da educação profissional em saúde nos mostra que, as políticas nesta área se desenvolveram a partir da integração da formação dos trabalhadores com a realidade prática dos serviços. Esse princípio, cujo o cerne da educação em saúde profissional no Brasil está na implantação do Projeto Larga Escala, as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) (década 1980 – item 4.6.1, 4.6.2, 4.6.4), reafirmado pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) (década de 1990 – item 4.6.3), passando a reorientar os projetos curriculares da formação técnica em saúde, e ampliando a integração ensino-serviço-gestão-controle social do trabalho em saúde pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (anos 2000 – item 4.6.5).

Este tópico buscará considerar os referenciais hegemônicos da educação profissional em saúde por meio de reconstrução teórico-histórico de suas políticas.

6.1 AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (ETSUS)

Marco importante na história da formação dos trabalhadores em saúde no Brasil, as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), criada em 1985, com a finalidade, de melhorar a educação profissional na saúde e promover a qualificação técnica dos trabalhadores já inseridos na rede de saúde, a partir de um modelo de educação profissional descentralizado e em consonância com o cotidiano dos serviços de saúde.

As ETSUS se apresentam sob uma forte vinculação com os serviços de saúde que, por um lado, estruturam a integração ensino-serviço (princípio que as identifica), mas que, por outro lado, bloqueia a sua consolidação como instituição educacional, pois o ensino técnico em saúde se realizava, na maioria das vezes, em escolas que funcionavam como extensão dos próprios hospitais.

[...] a formação profissional em saúde, entendida como aquela que alia a formação geral com a formação técnica, até os anos 1970, não era uma prioridade para o Estado brasileiro e, particularmente, para o Ministério da Saúde. Diferentemente do ensino técnico-industrial, que, apesar de tratar a formação como treinamento, já contava com uma rede de Escolas Técnicas Federais, o ensino técnico em saúde [...] se realizava na maioria das vezes em escolas que funcionavam como extensão da própria estrutura hospitalar. Anexas aos hospitais, predominava a concepção de que essas escolas de enfermagem existiam para prover os hospitais, de forma imediata com pessoal necessário à manutenção da assistência médico-hospitalar, por meios de cursos rápidos de treinamento (LIMA, 2006, p. 26).

As ETSUS trabalhavam com o mínimo de quadro fixo de profissionais, que atuavam como docentes, e com amplo quadro de profissionais firmados sobre contratos, tornando-se difícil comprometer os docentes fixos a um projeto pedagógico. O corpo docente era formado por profissionais da saúde, sendo a grande maioria enfermeiros e os demais, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, com escolaridades predominantemente até graduação, com alguns poucos profissionais com títulos de pós-graduação.

Com o aumento dos serviços de saúde, ressalta-se o crescimento da demanda pela qualidade da formação profissional dos trabalhadores, envolvidas nas ações de saúde. Os treinamentos em serviço, realizados nos ambientes de saúde é descartado, pois minimamente consegue dar conta do imprescindível, atendendo as necessidades imediatas aos serviços. Contudo, apresenta deficiências como:

a) inexistência ou inadequação da metodologia de integração ensino-serviço; b) ausência de mecanismos de legitimação que garantissem o fortalecimento de certificados de profissionalização plenamente válida; c) pouca ou nenhuma preocupação com o desenvolvimento intelectual dos treinandos, sobretudo aos aspectos de educação geral e às formas mais consistentes, ou menos mecanizadas de atuação nos serviços (BRASIL, 1982, p. 5).

As ETSUS, não assumiram nenhum protagonismo na política de educação permanente, ao contrario, viram-se como alvos de críticas. Não obstante, visando superar o mero treinamento e execução de tarefas em massa, e passando a constar na agenda governamental, a sociedade civil organizada e os seguimentos progressistas, levaram uma proposta de formação dos trabalhadores técnicos em

saúde, denominada 'Projeto de Formação de Larga Escala', para a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência de Recursos Humanos em Saúde, realizadas em 1986, cuja ênfase estava menos na divisão técnica do trabalho e mais nas discussões sobre as estratégias pedagógicas de formação (RAMOS, 2010). A proposta se voltava principalmente para aqueles já inseridos nos serviços. Durante a formação os trabalhadores deveriam se manter fixos aos postos de trabalho, não podendo se afastar até o término do curso.

6.2 O PROJETO DE FORMAÇÃO EM LARGA ESCALA

Diante da necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, que era realizado majoritariamente pelas próprias instituições de saúde, surge, no início da década de 1980, o projeto de Formação em Larga Escala. Um projeto de cooperação interinstitucional, fruto do Acordo de Recursos Humanos, firmado entre o Ministério da Saúde e Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (PEREIRA, 2005).

Com o objetivo de alcançar no trabalho em saúde, ao mesmo tempo, uma adequação aos serviços e a promoção profissional e intelectual na formação de pessoal de níveis médio e fundamental, o projeto de Formação em Larga Escala, alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde quanto pelas instituições educacionais.

Segundo documentos Ministeriais, trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais:

- a) o ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente, e está dirigido a indivíduos que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho;
- b) o treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde;
- c) o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação (BRASIL, 1982, p. 6).

Tem por metodologia a experiência do ensino supletivo como um instrumento de validação das diferentes etapas de uma educação continuada, com avaliação no processo, onde se destacam alguns objetivos como: a) validar as modalidades de ensino promovidas pelas instituições de saúde; b) valorizar a ascensão dos profissionais; c) implantar centros de formação com base administrativa e pedagógica; d) dinamizar o processo de formação de recursos humanos nas múltiplas áreas profissionais do setor saúde; e) testar novas metodologias de qualificação profissional; treinamento em serviço; f) implantar e desenvolver um sistema de produção e distribuição de material didático de apoio, dentre outros (PEREIRA, 2005).

De acordo com os seus objetivos, é imprescindível, para implementar o projeto a existência de um centro formador, um em cada Estado brasileiro, e que seja reconhecido pelo sistema de ensino. Estes centros cumpririam duas funções: uma administrativa, fazendo registros de matrículas, emitindo certificados, validando o processo burocrático, e outra pedagógica, preparando os supervisores e instrutores da rede de serviços, elaborando a seleção do material educativo. Esse centro formador atuaria de maneira descentralizada, 'uma escola aberta, que se estenderia ao local onde o aprendizado estivesse ocorrendo, extramuros, para motivar o aluno, segui-lo e avaliá-lo ao longo de todo o processo dispensando, portanto, exames específicos de suplência' (BRASIL, 1982, p.20).

Sobre a sua concepção e estruturação, o projeto Larga Escala é um aliado poderoso na luta pela formação e qualificação dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, ainda que pesem críticas pertinentes sobre os treinamentos produzidos pelas próprias instituições empregadoras.

Na medida em que foi avançando e ganhando consistência e materialidade, ao projeto Larga Escala foi se apresentado a necessidade de traçar novas estratégias metodológicas de ensino, que favorecessem a transmissão do conhecimento, ao mesmo tempo em que aproveitasse o acúmulo de experiências cotidianas desses alunos-trabalhadores.

A transmissão do conhecimento pura e simples não dava conta, pois esses trabalhadores apresentavam um *déficit* muito grande na educação geral, muitas vezes não entendiam o que se falava [...] então a gente tinha que fazer um tipo de ensino que se ajustava à

característica desse trabalhador, que era muito concreto (precisa cheirar, tocar, para melhor compreender), era preciso trazer para o concreto o conhecimento a ser transmitido, e aí sim, a partir daí ir teorizando com ele [...] (SANTOS, 2000, p. 51).

No mesmo passo, o processo de ensino-aprendizagem realizado no cotidiano dos serviços se esbarrava em deformações embutidas no processo de trabalho em saúde, provenientes das péssimas condições físicas e estruturais dos estabelecimentos de saúde. Tratava-se, então, de ensinar sem banalizar o conhecimento promovendo uma crítica ao improvisado (uma adaptação ao existente).

Para a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, a crítica se dá em relação à inadequação metodológica de interação entre ensino-serviço. Para Ramos (2010) o Projeto Larga Escala optou por alternativas onde os treinamentos não constituíam um fim em si mesmo, ou seja, o ensino era desvinculado da realidade dos serviços.

Nesse sentido, uma estratégia para a reorganização dos serviços seria a **educação continuada**¹⁵. Dessa forma, é considerada significativa e necessária a criação de programas de educação continuada, de forma descentralizada e institucional, voltados para as características das unidades de saúde e, indo, ao encontro dos princípios do SUS.

Ao final da década de 1990, implantava-se o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), com o objetivo de profissionalizar aqueles que não tinham a respectiva qualificação e escolarização, seguindo a mesma base do projeto Larga Escala, porém, sob uma nova regulamentação educacional.

¹⁵ O termo educação continuada, na área da saúde, tem sido empregado como sinônimo de educação permanente, referindo-se a treinamento, aperfeiçoamento e capacitação voltados para os trabalhadores inseridos nos serviços de saúde. Com olhar histórico, percebe-se que o termo é marcado pelas circunstâncias produzidas na Segunda Guerra Mundial, principalmente na Europa. Naquele contexto, a educação continuada significa o prosseguimento da escolaridade de jovens e adultos, que, devido à Guerra, tiveram os seus estudos interrompidos (PEREIRA, 2005).

6.3 PROGRAMA DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM (PROFAE)

Produto do Ministério da Saúde, através de convênios das Secretarias de Políticas de Saúde e de Gestão de Investimento em saúde, com apoio financeiro do Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), e do Ministério do Trabalho, através do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (BRASIL, 2000), foi organizado inicialmente em dois componentes: 1) Qualificação Profissional e Escolarização de Trabalhadores da Enfermagem; 2) Fortalecimento Institucional das Instâncias Formadoras e Regulamentadoras de Recursos Humanos do SUS.

O objetivo do Componente 1 é melhorar a qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar promovendo a complementação do ensino fundamental e da qualificação profissional dos trabalhadores empregados nos estabelecimentos de saúde (públicos, privados e filantrópicos). O Componente 2 destina-se a financiar atividades que objetivam viabilizar as ações previstas no Componente 1 e garantir a sustentabilidade de seus resultados, a longo prazo, mediante o desenvolvimento das atividades de fortalecimento institucional e desenvolvimento de expertises que possibilitem a instituição de processos permanentes de formação e regulação de recursos humanos de nível médio que atendam ao setor saúde (BRASIL, 2005, p. 11).

A expressão mais significativa disto foi à adoção da **Pedagogia das Competências**, aprofundada e difundida pelo PROFAE, por meio da instituição do Sistema de Certificação de Competências do PROFAE (SCC/PROFAE). Uma razão que impulsionou o Ministério da Saúde a adotar a noção de competência como referencial para a formação dos trabalhadores da saúde foi à possibilidade de superar a visão tarefa, operacional, padronizada e estreita do ato de cuidar em saúde, mediante a adoção de um currículo por competência. Buscou-se reconstruir a noção de competência, numa perspectiva onde: a capacidade das pessoas de enfrentar com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática, situações e acontecimentos próprios de um campo profissional (BRASIL, 2001, grifo nosso).

O PROFAE ofereceu três modalidades de cursos gratuitos para os trabalhadores da área da enfermagem: a) curso de Qualificação Profissional em

Auxiliar de Enfermagem, para os trabalhadores que possuíam apenas ensino fundamental; b) Curso de Técnico em Enfermagem, para os trabalhadores que possuíam certificado de conclusão do Ensino Médio (PEREIRA & RAMOS, 2006).

Desenvolvido em todo o território nacional, de forma descentralizada, a qualificação profissional e a escolarização dos trabalhadores da saúde ficam a cargo de escolas autorizadas pelos Sistemas Estaduais de Educação (SEE). Criada para facilitar a articulação entre as ETSUS, a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), é uma rede governamental que visa fortalecer a educação profissional em saúde no Brasil. A secretaria da RET-SUS está sediada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

6.4 ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV)

Engendrada na relação trabalho, educação e saúde, a EPSJV, unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), busca incessantemente a construção da sua concepção de formação politécnica¹⁶ em saúde, construída em dois eixos principais: a formação de jovens e adultos trabalhadores do SUS e da Ciência e Tecnologia (CT); e a formação docente para a área de educação profissional. Concebe a educação como um projeto da sociedade, tendo como meta a possibilidade de formar trabalhadores e dirigentes comprometidos com um projeto de saúde ampliado, respeitando os princípios de humanização nos serviços em saúde e a construção de uma sociedade justa e igualitária.

Há que se destacar a preocupação da EPSJV com uma formação que leve em conta as tensões e pressões sofridas ou que irão sofrer no cotidiano de trabalho, visto que, os trabalhadores da saúde precisam de uma qualificação técnica específica, muitas vezes adquirida no cotidiano dos serviços, sem muito estímulo, sob pressão, e no frio embrutecimento burocrático presente no cotidiano do trabalho.

¹⁶ O conceito de politecnia nasceu com o sociólogo alemão Karl Marx na primeira metade de 1800 o qual ao ser atravessado pela industrialização dedicou-se a compreender e intervir naquela realidade. A noção de politecnia, aqui adotada, postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma única unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, características intrínsecas ao trabalho.

No seu projeto de formação dos trabalhadores, a EPSJV, afirma a educação profissional como parte significativa de um projeto nacional baseado em um conceito democrático de formação dos trabalhadores da saúde, pautadas pelas relações sociais, o que significa discutir e refletir formas de profissionalização em dimensões de legalização e valorização das profissões, garantindo a educação básica para todos os trabalhadores (BRASIL, 2005).

6.5 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)

A mudança governamental ocorridas em outubro de 2002, com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, provocou deslocamentos importantes na sociedade e na educação dos trabalhadores da saúde, particularmente pela ênfase destinada à **Educação Permanente**¹⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde, a concepção parte do pressuposto de aprendizagem significativa e propõe a transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços [...] propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, assumam como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da formação (PEREIRA & RAMOS, 2006, p. 99).

Ainda que difundida exclusivamente como uma política de formação de trabalhadores da saúde, no governo Lula, o uso da ideia de educação permanente em saúde data do final da década de 1980, devido à necessidade de se utilizar um novo termo para implantar mudanças nas políticas de educação dos trabalhadores em saúde, resultando na implantação do projeto Larga Escala. Porém, enquanto este projeto nasceu da necessidade de habilitar o exercício profissional técnico dos trabalhadores leigos inseridos no sistema, a ideia de educação permanente

¹⁷ Guiados pelo propósito de promover transformações nas práticas de saúde, o eixo da política de educação profissional em saúde no governo Lula foi a educação permanente, cujo objetivo é produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS (PEREIRA & RAMOS, 2006).

destinava-se somente para àqueles já habilitados, cujas práticas careciam de atualizações permanentes.

A partir de 1984, a OPAS começa a discutir uma proposta de reorientação dos trabalhadores da saúde, que avança principalmente a partir de 1987/1988, quando se incorporam novos países ao debate sobre a temática educação em saúde. A crise na saúde produz ênfase sobre a formação dos trabalhadores, principalmente quanto às metodologias utilizadas. A **Educação Continuada** foi criticada pela sua fraca relação teórico-prática. Em contraposição, é formulada sob o nome de **Educação Permanente**, acompanhada da orientação para a descentralização e a organização de sistemas de saúde locais (VIEIRA, 2006, grifo nosso).

Ao resgatar brevemente a história da educação em saúde, Santos et al (2011), apresenta as principais diferenças entre a Educação Continuada e a Educação Permanente, enquanto propostas utilizadas em diferentes momentos para necessidades diferenciadas de qualificação em saúde (QUADRO 08).

Quadro 07 – Diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente.

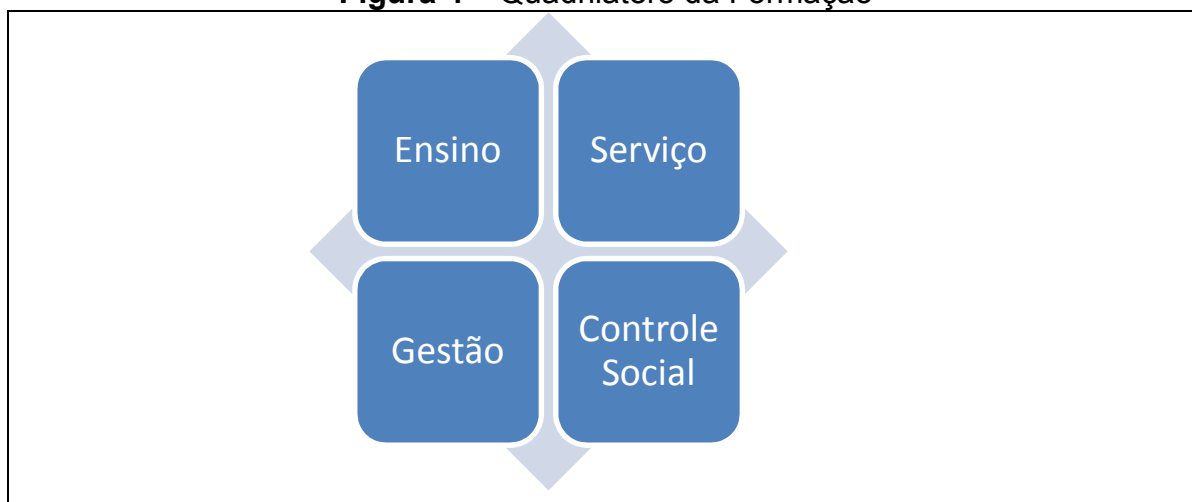
| Educação Continuada | Educação Permanente |
|---|--|
| Âmbito individual | Âmbito coletivo |
| Atualizações técnicas | Formação integral permanente |
| Tema de capacitação elaborado de maneira prévia | Tema como resposta à um problema do cotidiano do trabalho, da gestão ou do controle social |
| O objetivo da aprendizagem são os temas científicos | O objetivo é a aprendizagem significativa e o processo de trabalho |
| Capacitações pontuais | Educação em serviço associada com as mudanças de práticas |

Fonte:Elaborado pelo autor com base nos estudos de Santos et al (2011).

Ao fazer a escolha pela designação ‘educação permanente’ e não apenas ‘educação continuada’, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública, alcançando o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Além disso, houve o reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas onde somente a aprendizagem significativa será capaz da

adesão dos trabalhadores aos processos de mudanças nos serviços. Para Ceccim (2002), emerge a necessidade de ir além da formação e integração ensino-serviço, indo em direção à integração ensino-serviço-gestão-controle social, ao que se passou a chamar de 'quadrilátero da formação' (FIGURA 4).

Figura 4 – Quadrilátero da Formação



Fonte: Ceccim e Feuerwerker (2004).

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde propõe a construção e organização de uma educação responsável pelos processos interativos de atuação sobre realidade dos serviços, operando mudanças, mobilizando caminhos, convocando protagonismos, e reconhecendo dentro da paisagem interativa e móvel dos indivíduos, coletivos e instituições, um ambiente de conhecimentos e invenções (educação permanente) (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos, organizacionais e estratégicos, operando em conjunto, estruturando os atos da educação permanente.

Dessa forma, a educação permanente, aparece como opção capaz de integrar uma proposta na qual gestão e qualificação são reconhecidas como vias simultâneas que se potencializam mutuamente (VENÂNCIO, 2005). É necessário ampliar o enquadramento utilizado pelas ETSUS, devendo-se encaminhar para uma compreensão que reconheça o trabalhador em saúde como um criador de histórias¹⁸, ou seja, a identificação com o seu trabalho só é possível quando o

¹⁸ Ser criador de histórias é imprimir sua marca, por mais insignificante que ela seja, na vida social, familiar, sobre os locais de trabalho e do fazer (ENRIQUEZ, 1996).

trabalhador consegue assumir a atividade laboral exercida como sua (sentimento de pertencimento), apropriando-se dela como sujeito.

6.5.1 Institucionalização da PNEPS

Após a vitória do Presidente Lula, num contínuo esforço para corrigir distorções¹⁹ e conceitos de práticas de ensino-serviço adotados pelo governo anterior (em um movimento de transformação da área da Saúde), acontece a reorganização dos Ministérios da Saúde e Educação. A Institucionalização da Educação Permanente acontece em dois momentos distintos: o primeiro por meio da Resolução nº 335 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde; e o segundo por meio da Portaria nº 198 GM/SM de 13 de Fevereiro de 2004, com a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Esta política propõe que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços em saúde. A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o ato de aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. 'Propõe-se, que os processos de capacitação dos trabalhadores em saúde, tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo principal a transformação das práticas profissionais estruturadas a partir de sua problematização' (RAMOS, 2010).

Feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem,

¹⁹ Entre as distorções das políticas educacionais, que o governo Lula pretendia corrigir, estava a revogação do Decreto nº 2.208/97, apontando para a necessidade da construção de novas regulamentações mais coerentes com a utopia da transformação da realidade da classe trabalhadora brasileira, enquanto Revogado pelo Decreto nº 5.154, em junho de 2004. Em resumo, este novo decreto, tornou possível a integração do ensino entre educação geral e formação específica, admitindo que a educação profissional técnica pode se articular com o ensino médio nas formas integradas, quando ambas as formações se dão no mesmo currículo e com uma única matrícula; quando o estudante cursa a formação técnica posteriormente à conclusão do ensino médio (PEREIRA & RAMOS, 2006).

fundamentada sobre a aprendizagem significativa. Portanto, não é somente a intenção de ensinar e aprender no cotidiano dos serviços, mas também, a efetiva correspondência entre o conceito e a sua capacidade de explicar o real, critério de verdade que deve sempre orientar a educação permanente em saúde.

A Política Nacional de EPS explicita a relação de proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS,

[...] onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde rompendo com o conceito de sistema verticalizado, trabalhando com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2004, p. 03).

O grande desafio era operacionalizar a PNEPS, tendo por base as diretrizes norteadoras, de modo que os trabalhadores, gestores e formadores do SUS pudessem construir uma gestão da educação permanente a partir dos espaços colegiados (BRASIL, 2005). Como estratégia imediatista de implementação da política, houve a criação de Pólos de EPS (instâncias interinstitucionais e locais regionais/rodas de gestão), que contemplam a elaboração multiprofissional de projetos coletivos de mudanças na educação técnica, na graduação, nas especializações, nas residências médicas ou quaisquer outras estratégias de pós-graduação (BRASIL, 2004). Paralelamente, a Escola Nacional de Saúde Pública, foi dando início ao processo de formação de facilitadores de EPS, utilizando-se do Ensino à Distância (EAD), com alguns encontros presenciais.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais. A esses Pólos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à integralidade da atenção à saúde (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são

essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2004, p. 12).

Uma vez instituídos os Pólos de EPS, como uma ferramenta institucional e de controle social no SUS, o Ministério da Saúde apresenta as suas funções (BRASIL, 2004):

- Promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais tais como usuários; gestores públicos; docentes; estudantes da educação; trabalhadores da saúde; agentes sociais, dentre outros.
- Induzir processos de transformação das práticas de saúde (ensino, serviço, gestão e controle social) e de educação na saúde (quadrilátero).
- Formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas.
- Estabelecer relações cooperativas com os demais Pólos de EPS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais.

Em 2006, a política é revisada, e em 22 de fevereiro do mesmo ano, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399/GM, aprova a definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que prevê as diretrizes para a educação em saúde. São elas (BRASIL, 2006):

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS.

Assim, em 20 de Agosto de 2007, é publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da PNEPS, contribuindo para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, fortalecendo a descentralização e regionalização, alinhando a PNEPS às diretrizes de responsabilidade do Pacto de Gestão para a área de Educação na Saúde.

6.5.2 Pacto de Gestão para a Área da Educação em Saúde: Diretrizes e Responsabilidades

A aplicabilidade do conceito de Educação Permanente se dará por intercessão das propostas da política nacional para os Estados e Municípios (QUADRO 09). De acordo com esta política, a estratégia principal é a reconstrução das práticas de ensino, serviço, gestão e controle social. Desta forma, as viabilidades de suas proposições necessitam de um trabalho articulado e negociado entre os atores envolvidos (BRASIL, 2003).

Quadro 08 – Responsabilidades Estaduais e Municipais, após o Pacto de Gestão.

| Estados | Municípios |
|--|--|
| ✓ Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito do SUS. | ✓ Formular e promover a gestão da educação permanente e saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, |

| | |
|--|---|
| | criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participação do seu financiamento. |
| ✓ Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS. | ✓ Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde. |
| ✓ Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos para processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. | ✓ Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde. |
| ✓ Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e das especializações das profissões de saúde. | ✓ Incentivar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimentos do SUS. |
| ✓ Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual. | ✓ Promover a articulação junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem. |

Fonte: Portaria nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007.

Considerando as deliberações da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a mesma portaria também instituiu atribuições a outros atores e instâncias participativas para atuarem na construção, desenvolvimento e condução da política local de educação permanente, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Assim, considerando as especificidades locais e a PNEPS nas três esferas (federal, estadual, municipal), cabe ao CGR instituir um processo de planejamento regional para elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada instância participativa e de cada ator envolvido no processo de formulação e implementação dos planos de ação regional descritos na Portaria n°. 1996/GM, de 2007, apresentados no Quadro 10.

Quadro 09 – Instâncias Participativas e Atores envolvidos no âmbito da PNEPS.

| Instâncias Participativas | Atribuições | Atores Envolvidos |
|---|---|---|
| <p>Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência. ✓ Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da EPS, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria. ✓ Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da EPS, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação. ✓ Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de EPS implementadas. ✓ Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre EPS, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestores Estaduais e Municipais de Educação. ✓ Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas. ✓ Instituições de ensino com cursos na área da saúde. ✓ Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas e do controle social no SUS. |
| <p>Comissão</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestores Estaduais e Municipais. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Intergestores Bipartite (CIB)</p> | <p>Permanente em Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado. ✓ Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual. ✓ Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. ✓ Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde. ✓ Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário. | |
| <p>Conselho Estadual de Saúde (CES)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde. ✓ Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal. ✓ Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ O Conselho Estadual de Saúde é composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde. |

Fonte: Portaria nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007.

A educação permanente, em sua plenitude, possui uma lógica ascendente e descentralizadora, que proporciona as instâncias participativas e aos atores envolvidos a formulação e implementação da PNEPS, sobre os pressupostos da cooperação mútua (onde todos são sujeitos dotados de direitos e responsabilidades), estabelecendo que o acompanhamento da educação na saúde seja realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão firmados dentro de cada esfera de gestão.

Cabe às instâncias participativas atuarem no processo de construção, desenvolvimento e acompanhamento da política local de educação permanente, através da construção do Plano Estadual de Educação Permanente (PEEP). Em sequência, cabe aos múltiplos atores envolvidos, elaborarem as suas propostas com base nas necessidades coletivas e, deste modo, contribuir na construção dos Planos de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

A CIES deve acompanhar, monitorar e avaliar os PAREPS, de modo à estimular a cooperação e conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação em saúde, visando a integração de propostas. Após a validação do PEEP, a CIB deve elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, bem como, definir o número e a abrangência das CIES, além de acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão (TCG).

Os municípios devem apenas assinar o TCG. A distribuição dos recursos financeiros para os estados e municípios é realizada utilizando-se de um conjunto de diretrizes e critérios preconizados pela Portaria nº 1.996, de 20/08/2007. O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS e considerando a Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007.

6.5.3 Implementaçãoda PNEPS

A PNEPS surge como uma forma de equacionar problemas de formação e capacitação da área da saúde de maneira a promover o desenvolvimento dos trabalhadores. A importância do campo do conhecimento de políticas públicas de educação e gestão do trabalho em saúde emerge com a questão da desprecarização do trabalho, no que se refere às políticas de educação profissional.

Ainda que recentes, os estudos e discussões realizadas no âmbito da área 'trabalho e educação em saúde' têm contribuído significativamente para analisar as políticas educacionais e as funções da escola, numa perspectiva à luz das dinâmicas socioeconômicas e culturais, sobre as políticas de educação e formação profissional em saúde no Brasil, que nos permite apresentar os seus principais conceitos e sua implementação, buscando sistematizar o estado da arte.

Como um estado de ter alcançado os objetivos, a implementação de uma política pública é uma etapa dinâmica. É em si um processo de significado próprio, que não está restrito apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si (NAJAN, 1995). Neste contexto, a implementação ganha um caráter evolucionário; a cada ponto, impõe-se novas circunstâncias que permitem atualizar ideias e concepções que fundamentam a implantação. Quando se trabalha para implementar uma política, ela está sendo modificada constantemente. Para Najberg (2007, p. 53), 'uma política evolui durante a sua implementação por meio de adaptação'.

É de suma importância que, durante este processo de integração dos objetivos e das ações empreendidas para atingi-los, os gestores, trabalhadores, profissionais, acadêmicos de instituições, tenham conhecimentos suficientes sobre as estruturas, o funcionamento e a dinâmica do sistema de planejamento e implementação das políticas.

A implementação significa transição. Para realizar um programa, implementadores devem lidar ininterruptamente com afazeres, ambientes, clientes e uns com os outros. É crucial para implementação de uma política pública a correção de erros, mudanças estratégicas de direção, e aprendizado contínuo.

Assim, conforme mencionado no item 6.5.3, a análise do estudo da implantação da política de EPS no Brasil, possibilita discutir e compreender as relações entre 'trabalho e educação em saúde', historicamente construída, possibilitando compreender a institucionalização da PNEPS no Brasil.

6.6 PNEPS: UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO

As novas diretrizes e estratégias de implementação da PNEPS são instituídas pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Elas podem ser entendidas como aprendizagem no trabalho, reestruturadas a partir dos problemas enfrentados no cotidiano das organizações, que considera que as ações sejam pautadas sobre as necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009). As novas diretrizes e estratégias de implementação da PNEPS buscam soluções originais e criativas para enfrentar as demandas e as necessidades apresentadas, indicando metodologias de execução e correlacionando-as entre si.

A formação dos trabalhadores da saúde é um componente decisivo para a efetivação da implementação da PNEPS, sendo capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor às demandas das populações, tendo em vista o papel transformador dos trabalhadores no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

Embora, historicamente, as políticas de educação destinada aos profissionais de saúde tenham enfatizados projetos de ensino-aprendizagem, centrados em práticas hospitalares, com currículos que pouco valorizavam a aprendizagem interdisciplinar, as existências de várias autarquias, fundações e instituições permitiram o desenvolvimento de projetos de educação permanente voltados para trabalhadores da área da saúde de nível técnico e superior.

Atualmente, a PNEPS tem sido considerada uma importante ferramenta na construção e qualificação da competência do profissional, contribuindo para a (re)organização do trabalho, onde o principal desafio é estimular o desenvolvimento

da consciência e da reflexão crítica nos profissionais sobre seu contexto de atuação, pela sua responsabilidade para com seu processo de capacitação profissional e formação continuada. Trata-se de uma tarefa difícil, complexa e dinâmica que requer a participação ativa de diferentes atores sociais (PEDUZZI et al, 2009).

Frente a esse desafio para a consolidação do SUS, a PNEPS têm se apresentado desde então, em alguns estudos e relatos práticos que contemplam sua implantação e analisam seus resultados. Essa construção do saber de forma coletiva e integrada é apontada por estudiosos como novidade, onde os atores sociais são desafiados a assumirem uma postura profissional de mudança por meio da reflexão crítica das práticas de trabalho em equipe.

6.6.1 Panorama Brasileiro

Ao descrever o processo de construção da PNEPS, Ceccim (2004), salienta que a educação dos profissionais passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma ação finalizadora da política de saúde e não mais como atividade mediadora para o desenvolvimento da qualidade do trabalho.

Nesse sentido, como estratégia para fortalecimento da PNEPS, em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, localizada no Rio de Janeiro, iniciou o processo de formação dos facilitadores da EPS, inicialmente com 320 tutores para apoiar a formação de 6.400 facilitadores. O curso teve duração de cinco meses, sob a modalidade de ensino à distância, com dois encontros presenciais. O curso utilizava-se dos pressupostos da pedagogia crítico-social dos conteúdos, contribuindo para a formação de cidadãos, possuidores de criticidade (LUCKESI, 1994).

Em 2005, a proposta da PNEPS foi ampliada para todos os municípios dispostos a adotar esta política como estratégia de gestão para o trabalho e educação em saúde.

Reconhecendo o potencial da PNEPS como estratégia de fortalecimento dos pólos e como uma ferramenta capaz de promover mudanças substanciais no processo de trabalho, a cidade de Londrina, no Paraná, organizou um curso de

formação de 180 facilitadores para uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais da rede básica e dos serviços de apoio a nível secundário e terciário da comunidade, dando prioridade para os profissionais que estivessem na 'ponta' do sistema de saúde, ou seja, aqueles que estivessem em níveis diretivos, e que principalmente tivessem representatividade junto a seus grupos de atuação. O curso iniciou-se em meados de setembro de 2005 e foi concluído em junho de 2006 (LIMA et al, 2009).

Buscando reconhecer a PNEPS, enquanto estratégia pedagógica de transformação das práticas profissionais, Lima et al (2010), realizou uma pesquisa com 104 profissionais da autarquia Municipal de Saúde que participaram do curso. Dos 104 trabalhadores entrevistados, 86,5% estão na faixa etária entre 30 e 50 anos de idade, onde 86,5% são do sexo feminino; 91,2% atuam na Secretaria Municipal de Saúde há mais de cinco anos. Dentre os entrevistados concluintes do curso, 65,5% referiram não ter tido experiências anteriores com EPS. Apesar da Secretaria de Saúde afirmar que já haviam sido oferecidas oficinas para discussão do processo de trabalho e planejamento local de EPS. O pesquisador concluiu que, para os entrevistados, essas ações não foram reconhecidas como propostas da EPS.

Para superar este desafio conceitual, que a EPS produz sobre os trabalhadores, Nascimento (2013), identifica a necessidade de aplicação de conhecimentos técnicos e científicos complementares às questões educativas propostas pela política. Na sua visão, os problemas propostos como ferramenta para aprendizagem significativa, expressam para muitos trabalhadores, conflitos no modo de se pensar e atuar. Neste contexto, não há aprendizagem caso não haja conscientização dos atores acerca do problema.

Ressaltando a importância da formação básica na atenção primária, Nascimento (2013), reconhece que já ocorreram mudanças substanciais na direção do fortalecimento do trabalho coletivo através da EPS, e recomenda a extensão do modelo pedagógico adotado pela política ao longo de toda a vida profissional do trabalhador, caracterizando a EPS e permitindo concentrar a formação básica inserida na Estratégia de Saúde da Família.

Assim, tentando identificar a percepção das equipes de saúde da família sobre o processo de EPS, Besenet al (2007), realizou entrevistas entre os meses de setembro e outubro de 2005, com onze profissionais que atuavam, no mínimo, há um ano em unidades de saúde da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Nesta

pesquisa, emergiram um total de oito categorias temáticas distintas: para a temática de Promoção e Educação em Saúde, destacam-se três categorias: Educação em Saúde, Aprendizagem no Serviço e Estratégia Saúde da Família (ESF) como Objeto de Educação em Saúde. Nas subcategorias eram reunidas as percepções dos profissionais sobre cada tema. Ao término da pesquisa, constatou-se que:

A formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais. Eles demonstram não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Ao contrário, a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva. Por essa razão, reitera-se a relevância da Educação Permanente e da reestruturação da graduação, de modo a aproximar as práticas da Educação em Saúde da realidade social (BESEN et al, 2007, p. 65).

Fica evidente que, não somente os profissionais já formados e integrantes nas ESF devem ser capacitados para uma Educação em Saúde adequada. Tendo em vista a importância de todo o processo de formação do trabalhador em saúde, eles necessitam, desde a sua profissionalização inicial, de instruções sobre a lógica do modelo da determinação social, capacitando-se para atuarem dentro do SUS.

Ao estudarem a formação profissional para a atenção à saúde do idoso, Mota e Aguiar (2007), ressaltaram a necessidade da integração entre ensino-serviço proposta pela PNEPS. Ao mesmo tempo, ressaltaram a necessidade de proporcionar ao aluno o contato físico com diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

A expectativa é de que a participação dos estudantes das diversas carreiras no cotidiano dos serviços permitirá a vivência responsável de realidades distintas, permitindo ao processo pedagógico situar seu eixo na solução de problemas encontrados em cada uma delas, potencialmente transformando o processo de trabalho [...] (MOTA & AGUIAR, 2007, p. 371).

Afirmam ainda que, as mudanças propostas para a educação médica só passarão a afetar os serviços de saúde após dez ou quinze anos de sua implantação. A escola médica e a universidade podem e devem empregar seus potenciais recursos a fim de superar este desafio. Acreditam que estratégias cabíveis para o enfrentamento desse problema na graduação, podem ser

estimuladas desde já, colocando em prática estratégias como a EPS para os profissionais em atuação nas redes de serviços de saúde.

Assim a busca incessante da integralidade da atenção à saúde é um desafio que está posto.

[...] educar reformando e reformular educando já constitui uma prática e, neste momento, muitos grupos de trabalho existentes nos Sistemas de Saúde e de formação em saúde no Brasil têm a possibilidade de institucionalizar essa ação, valorizando a participação de gestores, profissionais e representantes da sociedade civil numa estratégia afirmativa de construção da qualidade, da integralidade e da inclusão como políticas e práticas expressas no cotidiano do SUS (CELESTE, 2004, p. 02).

No Brasil, uma das estratégias que podem ser utilizadas para a transformação curricular da formação em saúde é a 'diversificação de cenários de ensino-aprendizagem' (MOTA & AGUIAR, 2007), o que significa alocação dos estudantes com estágios expressivos em unidades básicas de saúde, buscando oportunizar avanços nas práticas da integração interdisciplinar ao incorporar à vivência profissional, métodos didáticos-pedagógicos múltiplos, ou seja, novos cenários são propícios para novas inter-relações entre o ensino e aprendizagem.

Neste contexto, as necessidades sociais impõe sua complexidade sobre a saúde, sendo preciso evoluir constantemente no campo da formação e educação profissional em saúde. Em seus estudos sobre a educação médica diante das necessidades sociais em saúde, Amoretti (2005), apresenta o perfil do profissional em saúde que formamos:

- Formação essencialmente positivista, com enfoque biologicista e utilitário, com alto grau de competência profissional.
- Fortemente centrado em sua especialidade, à qual se dedica quase na íntegra.
- Predisposto à utilização de novas tecnologias, equipamentos e técnicas, devido à formação tecnicista.
- Com tendência a medicalizar o processo saúde-doença e a incorporar equipamentos e insumos.
- Atualizado, assíduo nos estudos e na formação em serviço, já que precisa renovar constantemente seus conhecimentos, pena de ficar defasado e superado.

- Marcadamente individualista, pois toda a sua formação colabora neste sentido.
- Altamente corporativista na defesa da manutenção das situações estabelecidas em torno do poder e do controle do saber constituído.
- Crítico do SUS e defensor de uma visão liberal e autônoma da profissão.

Potencialmente marcados pela lógica de mercado, e diante das necessidades sociais em saúde, pode-se dizer que o mundo da saúde está em crise, onde:

O excesso de tecnologias que se renovam continuamente se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, fruto do capitalismo, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas (AMORETTI, 2005, p. 142).

A Educação Permanente em Saúde carece de uma reflexão crítica que possibilite a adequação do profissional às expectativas sociais/coletivas da sociedade. Por isso, é necessário considerar possíveis mudanças no modelo hegemônico de formação dos trabalhadores em saúde e do próprio sistema de saúde. Assim, como afirma Amoretti (2005) o perfil dos novos profissionais da saúde está se delineando por exigências da sociedade.

Ao pontuar sobre este estilo de pensamento onde a EPS é abordada como estratégia fundamental e entendida de forma ampliada, vista como um jeito novo de se pensar e fazer a saúde, Besen (2007), acredita que sobre esta perspectiva, as pessoas são vistas em sua autonomia e em seu contexto político e cultural como sujeitos capazes de superar o instituído e serem os seus próprios instituintes dentro de um novo modo de se produzir trabalho em saúde.

Esta nova dinâmica empregada no modo de se produzir trabalho dentro dos ambientes de saúde pode ser observada, através dos estudos sobre as práticas e atividades de formação permanente empregadas aos serviços de saúde.

Sendo assim, com o objetivo de analisar as atividades de formação/capacitação permanente e as necessidades regionais de saúde de 22 municípios da 10ª Regional de saúde do Paraná, Murofusetal (2009) revela que, a maioria dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica frequentou algum tipo de atividade de formação/capacitação permanente no período avaliado. No entanto, os

conhecimentos adquiridos nem sempre foram empregados no cotidiano profissional, em razão dos problemas organizacionais e gerenciais existentes.

Em relação ao vínculo empregatício, 78,7% possuíam apenas um vínculo, 50,2% eram contratados como servidores públicos e 25,2% eram contratados de forma precária, evidenciando a incorporação da lógica da improdutividade e da inflexibilidade no setor, o que se torna um fator dificultador para o desenvolvimento prático dos projetos de educação permanente, tendo em vista, a adesão reduzida em projetos institucionais, produzida pela alta mobilidade e rotatividade dos trabalhadores (QUADRO 11).

Quadro 10 – Número de Trabalhadores da Saúde, segundo o tipo de vínculo de trabalho e o grupo das ocupações. Cascavel-2007

| Tipo de Vínculo | Nuclear | Ocupações Afins | Demais | Total |
|-------------------------------|----------------|------------------------|---------------|--------------|
| Estatutário | 276 | 154 | 21 | 451 |
| CLT | 182 | 22 | 1 | 205 |
| Temporário | 90 | 13 | 3 | 110 |
| CLT e Temporário | 8 | - | - | 8 |
| Estatutário Temporário | 2 | 1 | - | 3 |
| Outro | 54 | 10 | 3 | 67 |
| Em Branco | 32 | 17 | 1 | 50 |
| Total | 644 | 217 | 29 | 894 |

Fonte: Murofuse et al (2009).

Embora a maioria dos trabalhadores estivesse contratada como servidores públicos 50,2%, a presença da precariedade do trabalho ficou evidenciada pela existência de vínculos firmados por meio de contratos temporários 11,7%, outros tipos 7,6% e vínculos omitidos 5,9%.

Buscando uma ação para minimizar os malefícios produzidos pela precariedade dos vínculos de trabalho no SUS, o Ministério da Saúde criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza-SUS), item 5.2.1.

No mesmo ano, Tronchinetal (2009) buscou identificar, caracterizar, e analisar as atividades de EPS desenvolvidas com os profissionais de saúde em três hospitais públicos de uma região do Município de São Paulo, com cerca de 400.000 habitantes que, contava com 22 serviços públicos: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 4 Serviços Especializados em Saúde (SES); 3 Hospitais; e 1 Pronto Socorro.

Acreditando na relevância da EPS, referida, especificamente, aos trabalhadores de saúde inseridos na rede pública de atenção à saúde, as instituições pesquisadas caracterizavam-se como hospitais gerais, porém, com perfil diversificado, identificados por letras: **A** – Hospital Universitário com 1.837 trabalhadores e 258 leitos; **B** – Hospital Estadual de Ensino com 972 trabalhadores e 120 leitos; e **C** – Hospital Municipal com 354 trabalhadores e 81 leitos.

Quanto à caracterização do público alvo, observou-se que os maiores percentuais destinavam-se a equipe multiprofissional, correspondendo a: **A** – 26,2%, **B** – 28,8% e **C** – 23,3% (TABELA 02). Este resultado retrata a frágil presença das concepções equivocadas da integralidade da atenção e do trabalho em saúde, pois o que se observa é uma expressiva presença de ações orientadas para profissionais de nível superior em detrimento do pessoal de nível médio.

Tabela 01 – Distribuição do Público Alvo.
São Paulo-2006

| PÚBLICO ALVO | INSTITUIÇÕES | | | | | | | |
|--|--------------|-------|----|-------|----|-------|-------|-------|
| | A | | B | | C | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Equipe Multiprofissional | 95 | 26,20 | 47 | 28,80 | 24 | 23,30 | 166 | 26,40 |
| Enfermeiro | 95 | 26,20 | 8 | 4,90 | 1 | 1,00 | 104 | 16,56 |
| Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social | 5 | 1,40 | 4 | 2,50 | 0 | 0,00 | 9 | 1,43 |
| Farmacêutico | 64 | 17,60 | 2 | 1,20 | 0 | 0,00 | 66 | 10,50 |
| Dentista | 0 | 0,00 | 2 | 1,20 | 0 | 0,00 | 2 | 0,32 |
| Nutricionista | 1 | 0,30 | 3 | 1,90 | 1 | 1,00 | 5 | 0,79 |
| Médico | 15 | 4,10 | 6 | 3,70 | 10 | 9,70 | 31 | 4,93 |
| Gerente, Gestor, Coordenador | 0 | 0,00 | 6 | 3,70 | 8 | 7,80 | 14 | 3,23 |
| Nível Superior + Enfermeiros | 0 | 0,00 | 18 | 11,10 | 5 | 4,90 | 23 | 3,66 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Nível Superior sem Enfermeiros | 4 | 1,10 | 1 | 0,60 | 0 | 0,00 | 5 | 0,79 |
| Técnico e Auxiliar de Enfermagem | 8 | 2,20 | 1 | 0,60 | 9 | 8,70 | 18 | 2,86 |
| Equipe de Enfermagem | 43 | 11,80 | 16 | 9,80 | 12 | 11,60 | 71 | 11,29 |
| Equipe de Enfermagem e outros | 5 | 1,40 | 2 | 1,20 | 8 | 7,70 | 15 | 2,38 |
| Nível médio da Farmácia e Laboratório | 7 | 1,90 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 7 | 1,11 |
| Equipe de Farmácia de Laboratório | 15 | 4,10 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 15 | 2,38 |
| Outros | 0 | 0,00 | 2 | 1,20 | 0 | 0,00 | 2 | 0,32 |
| Sem Informação | 6 | 1,70 | 45 | 27,60 | 25 | 24,30 | 76 | 12,08 |
| TOTAL | 363 | 100,0 | 163 | 100,0 | 103 | 100,0 | 629 | 100,0 |

Fonte: Tronchinet al (2009).

Os resultados evidenciaram um perfil de ações educativas distante da concepção de integralidade, pois nos três hospitais predominaram as atividades que contemplavam a temática assistencial voltada para as dimensões técnicas e de recuperação da saúde, sendo A – 38,5%, B – 35,6% e C – 25,2%. As categorias que se referem às ações educativas orientadas para a promoção e proteção da saúde e/ou prevenção, precaução e recuperação de doenças representaram apenas 1,6% (TABELA 03).

Tabela 02 – Distribuição das Categorias Temáticas.
São Paulo-2006

| PÚBLICO ALVO | INSTITUIÇÕES | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|-------|----|-------|----|-------|-------|-------|
| | A | | B | | C | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Assistencial: técnica e recuperação | 140 | 38,50 | 58 | 35,60 | 26 | 25,20 | 224 | 35,60 |
| Assistencial: promoção e/ou prevenção | 6 | 1,70 | 5 | 3,10 | 10 | 9,70 | 21 | 3,30 |
| Assistencial: recuperação e | 6 | 1,70 | 2 | 1,20 | 2 | 1,90 | 10 | 1,60 |

| | | | | | | | | |
|---|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| promoção e/ou prevenção | | | | | | | | |
| Gerencial e promoção à saúde do trabalhador | 104 | 28,60 | 43 | 26,40 | 20 | 19,40 | 167 | 26,60 |
| Interação e relacionamento | 41 | 11,30 | 15 | 9,20 | 5 | 4,90 | 61 | 9,70 |
| Temas diversos externos à instituição | 46 | 12,70 | 10 | 6,10 | 17 | 16,50 | 73 | 9,50 |
| Temas diversos internos à instituição | 14 | 3,80 | 28 | 17,20 | 18 | 17,50 | 60 | 11,60 |
| Não Informado | 6 | 1,70 | 2 | 1,20 | 5 | 4,90 | 13 | 2,10 |
| TOTAL | 363 | 100,0 | 163 | 100,0 | 103 | 100,0 | 629 | 100,0 |

Fonte:Tronchinet al (2009).

Neste estudo, entre outros, foi possível constatar a fragilidade da abordagem integral/coletiva da saúde nos processos educativos dos profissionais que executam e se responsabilizam pela assistência e cuidado integral à saúde dos usuários, negligenciando o caráter polissêmico da integralidade, impossibilitando a articulação das ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, precaução e recuperação de doenças.

Formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho [...] (ARAÚJO et al, 2007, p. 27).

A ideia de um campo geral de práticas chamado de Promoção da Saúde, contando tanto com a prevenção quanto com a proteção e a promoção da saúde individual e coletiva, supõe um repertório social de ações preventivas de morbidade, protetoras e fomentadoras da salubridade, que de certo modo contribui para a redução do sofrimento causado por problemas de saúde doença. Em outras palavras, tal perspectiva impõe uma integração teórico-histórica da rede de conceitos correlatos à saúde e ao conjunto de práticas discursivas e operacionais dos novos campos de saberes e de práticas que cada vez com mais intensidade e frequência se formam em torno do objeto saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011). Evidenciando que, nos hospitais estudados, predominam-se o modelo clínico de

assistência individual, bem como a fragmentação das ações, colocando-se distante das concepções de práticas integrativas, trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Preocupados em reconhecer a percepção dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre o processo de EPS, situados nos distritos administrativos de Anhanguera, Perus, Jaraguá, São Domingos e Pirituba, localizados na região norte do estado de São Paulo, Bucciniet al (2009), revelam em seus estudos a existência de uma grande distância entre o que é preconizado pela PNEPS e a realidade social pesquisada. No momento da pesquisa de campo, os PSF dessa região, eram constituídos por 58 Equipes de Saúde da Família (ESF) com 564 profissionais: 52 – Médicos; 54 – Enfermeiros; 116 – Auxiliares de Enfermagem ; e 345 – Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos em 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Após aplicação dos questionários, os participantes dos grupos entrevistados consideram que a formação recebida durante a formação na graduação e/ou pós-graduação foi muito especializada, não favorecendo atitudes e habilidades ligadas à tarefa de 'cuidar' da população de forma integral e singular. Os gestores setoriais privilegiam a cobrança de produção/metras, revelando pouco interesse em estimular os profissionais a participar ou desenvolver algum projeto de educação permanente.

6.6.2 Um Balanço sobre as Experiências Acumuladas

Considerando o foco deste trabalho, a implementação da PNEPS, vale mencionar que, o modelo preconizado pela PNEPS com frequência sensibiliza os atores envolvidos (gestores, trabalhadores, instituições de ensino, dentre outros) e instâncias participativas, que reconhecem a relevância de se valorizar na prática a relação ensino-aprendizagem, construir conhecimentos de forma coletiva e dar às unidades de saúde autonomia para realizar projetos educativos de acordo com as suas especificidades.

Entretanto, o contexto em que a mudança precisa ocorrer não é dos mais promissores, acarretando dificuldades para que a implementação da política transcorra como é idealizada. É possível pontuar algumas delas no Quadro 12.

As dificuldades encontradas vão desde questões institucionais e gerenciais até questões que envolvem os processos de trabalho e o envolvimento popular. Depois, os objetivos dos programas de educação em saúde precisam ser acompanhados de outras ações, em especial no que se refere à gestão de recursos humanos, bem como a formação, atenção integral, controle social e a descentralização e integralização, que só poderá ser atingida sobre uma abordagem institucional. Por fim, coloca-se a necessidade de estabelecer relações entre instituições, pois essa conduta possibilitará o enfrentamento dos problemas e a articulação de ações de ensino-aprendizagem para dentro do trabalho, e assim, reafirmando a missão da PNEPS.

Após realizar esta pesquisa sobre a formação dos profissionais da saúde, verificou-se que no Brasil há uma lacuna entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação inicial e a formação permanente dos trabalhadores em saúde (ARAÚJO et al, 2007).

Observa-se uma carência de espaços coletivos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam ser confrontadas as formas de saber e saber fazer com o que a realidade social local apresenta. É preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se enxerga o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade social que o cerca. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim como, também, com base nessa visão mais abrangente, adotar e buscar soluções para as novas demandas que então se tornam explícitas.

Somente a partir do enfrentamento dessas dificuldades, poderão surgir possibilidades a serem conquistadas e trabalhadas, para que então, possa se concretizar o fortalecimento da PNEPS, por meio de ações estratégicas fundamentadas nas reais necessidades dos serviços de saúde.

Quadro 11 – Potencialidades e Fragilidades da PNEPS.

| Estratégias da PNEPS | Potencialidades | Fragilidades |
|---|---|--|
| <p>Desenvolvimento Profissional</p> | <p>✓ Estratégia utilizada para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos profissionais de saúde, por meio de capacitação, ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas.</p> | <p>✓ A simplificação da capacitação, influenciada por condições institucionais, políticas ideológicas e culturais, que determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode ou não operar seus limites e possibilidades.</p> |
| | <p>✓ Educação permanente dos trabalhadores em saúde.</p> | <p>✓ No campo da formação permanente dos profissionais da saúde, as mudanças de concepções não conseguiram superar o enfoque centrado na transmissão de conhecimentos de maneira mecanizada e bancária. Sua manutenção pode ser explicada pela persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação por uma visão simplificada das pessoas e da prática no campo das organizações.</p> |
| <p>Capacidade Resolutiva dos Serviços de Saúde</p> | <p>✓ Estratégia para melhorar os níveis de atenção e funções, bem como, contribuir para o desenvolvimento de novas competências práticas (gerência descentralizada, auto-gestão, gestão de qualidade);</p> | <p>✓ Nem toda ação é resolutiva. Embora toda ação de capacitação vise à melhoria do desempenho dos serviços de saúde, nem todas representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional.</p> |
| | <p>✓ Transformações culturais, geração de práticas desejáveis de gestão, atenções as relações com os usuários.</p> | <p>✓ As organizações dos serviços de saúde constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, normas e interações, intercâmbios linguísticos e regulatórios. Sem os processos educativos em pauta.</p> |
| <p>Monitoramento e Avaliação</p> | <p>✓ A avaliação acompanha cada fase do desempenho pedagógico, o monitoramento do processo (implica na identificação dos problemas, das características, dos obstáculos e dos recursos disponíveis), a análise dos resultados e a formulações de um juízo de valor acerca do alcance dos propósitos formulados.</p> | <p>✓ Somente a partir das discussões coletivas sobre a aplicação da política, é que será possível reconhecer as boas práticas e identificar os impactos das mesmas sobre os indicadores de saúde.</p> |

Fonte:Elaborado pelo autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

A história da educação profissional em saúde nos mostra que, as políticas nesta área se desenvolveram a partir da integração da formação dos trabalhadores com a realidade prática dos serviços. Esse princípio, cujo o cerne da educação permanente em saúde no Brasil está na implantação do Projeto Larga Escala (década 1980), reafirmado pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) (década de 1990), passando a reorientar os projetos curriculares da formação técnica em saúde, e ampliando a integração ensino-serviço-gestão-controle social do trabalho em saúde pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (anos 2000).

A PNEPS desenvolveu-se com base em um conjunto de normas e recomendações, perfilando-se pela agenda estratégica do governo federal desde 2003, sendo formulada, concretamente, com a instituição da Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde no SUS (SGTES-SUS). A Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece como uma opção capaz de integrar uma proposta na qual gestão do trabalho e qualificação profissional são percebidas como vias simultâneas que se potencializam continuamente para o enfrentamento da visão de saúde centrada na atenção às doenças, práticas fragmentadas e excessivamente biomédicas.

O Ministério da Saúde, guiado pelo propósito de promover transformações nestas práticas, considera fundamental a capacidade de dialogar, problematizando as práticas interdisciplinares de cuidado no centro do trabalho de cada equipe. Esse seria o princípio da EPS: produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco seriam os processos de trabalho e integração interdisciplinar entre ensino-serviço-gestão-controle social (quadrilátero da formação); seu alvo, as respectivas equidades; seu campo de operação, os coletivos de trabalho em saúde.

No processo de construção da PNEPS, o Ministério da Saúde salienta que educação dos profissionais em serviço na saúde precisa ser considerada como uma ação finalística da política e não mais como mediações de qualidade do trabalho. A EPS constitui estratégia fundamental para se consolidar as

transformações do trabalho, impulsionando a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente eficiente.

A apropriação do conceito de EPS, a partir do governo Lula, trás à tona, a natureza do SUS através dos princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, onde a PNEPS possibilita a concretização da reforma sanitária através da constituição de trabalhadores em saúde capazes de efetivaras mudanças qualitativas propostas pela política.

Atualmente, considerada uma importante ferramenta na construção e qualificação da competência do profissional, a PNEPS tem contribuindo para a (re)organização do trabalho, onde o principal desafio é estimular o desenvolvimento dos profissionais sobre seu contexto de atuação, pela sua responsabilidade para com seu processo de capacitação profissional e formação permanente. Trata-se de uma tarefa difícil, complexa e dinâmica que requer a participação ativa das equipes multidisciplinares presente nas unidades de saúde, juntamente com a participação ativa das instituições de ensino e do governo.

Como conclusão, a política é positiva, suas propostas verticais com base em discussões participativas possibilitam a elaboração coletiva de estratégias que se destinam a intervir sobre a formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores em saúde. Esta atuação coletiva sobre as ações permitem solucionar os problemas que surgem no cotidiano das unidades de saúde, tornando-se necessário, integrar aos conceitos estruturantes da PNEPS a interdisciplinaridade.

Partindo dessa perspectiva, analisar a EPS como campos interdisciplinares, dinâmicos e complexos, possibilitam compreender a complexa articulação entre saberes/práticas, em diferentes níveis de compreensão e intervenção, junto às coletividades e seus processos de saúde, implicando aos atores sociais, distintos compromissos políticos/educacionais/sociais. Assim, compreende-se a EPS numa dimensão mais ampla, abrangendo múltiplas dimensões, reconhecendo os indivíduos como sujeitos portadores de saberes, conceitos, experiências e culturas variadas.

Como perspectiva, o grande desafio para a consolidação do SUS e concretização da reforma sanitária é a efetiva implementação da PNEPS. Neste contexto, a política tem se apresentado desde então, em estudos e relatos práticos que contemplam sua implantação e analisam os seus resultados, tanto na formação inicial, quanto na formação permanente de diferentes profissionais de saúde.

Trata-se de uma tarefa complexa. Estudos recentes têm demonstrado contínuo interesse pela reflexão e produção acadêmica sobre o tema, onde os resultados corroboram com uma perspectiva desarticulada da natureza pedagógica e integral da PNEPS. São necessárias políticas que fortaleçam a organização da EPS em estudo minucioso, sobretudo em relação aos investimentos nas articulações entre as diversas esferas (federal, estadual/distrital e municipal), fortalecendo o planejamento coletivo e as abordagens interdisciplinares, possibilitando maior eficiência nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

AMORETTI, R.A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 2005. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARAÚJO, D. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. V.31, Supl.1, p.20-3, jun. 2007. Disponível em: <www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php>. Acesso em: 22 ago. 2014.

ARISTÓTELES. **A política**. Livro 1. São Paulo: Hemus, 1966.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. 1975. Tese de Doutorado FCM/UNICAMP, 1975.

BALANDIER, G. **Antropologia política**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, Editora da Universidade de São Paulo, 1969.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: **Política de Saúde**: textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **Políticas de saúde no pós-constituente**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. 2003. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 2003. Disponível em: <<http://www.bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docs/online/get.php>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/Capitulo-5.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BARDARACH, E. **The implementation game**: what happens after a bill becomes a law. Cambridge: The MIT Press, 1977.

BARROS, A. J. D.; HALLAL, P. C. Os medicamentos genéricos no Brasil: conhecido por muitos, usados por poucos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, nº 11, p. 1808-1815, dez. 2005.

BESEN, C.B.; NETO, M. C.; ROS, M. A.; SILVA, S. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.57-68. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BONAVIDES, P. **Ciência política**. São Paulo: Editora Malheiros Editores, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL, P.I. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

BRASIL. **Constituição Brasileira**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. Constituição da República. **Artigos 194, 196**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em 16 mar. 2014.

_____. Lei nº 8.080 de 19 set. 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre união, estados e municípios com relação à política de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 29 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 8.142 de 28 dez. 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 de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dezembro de 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/st/legislacao/legisla>>. Acesso em 16 mar. 2014.

_____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (ME/MS). **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**, 1941.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resultados do censo da educação superior 2013**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior>>. Acesso em: 13 nov. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Bases conceituais para o sistema de certificações de competências**. Profae, v.1, nº 2, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Profae. **Guia geral do Profae**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

_____. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS, perguntas & respostas** : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Ministério da Saúde, Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde**: material de apoio para o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS**: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/MS, 1982.

BUCHMANN, M. The priority of knowledge and understanding in teaching. In: LEITE, Maria Madalena Januário et al (orgs.). **Educação em saúde**: desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

BUCCINI, G.S.; MARTIS, M. C.F. N.; SANCHES, M. T. C. **O processo de educação permanente em saúde**: percepção de equipes de saúde da família. São Paulo, 2009. Disponível em: <www.periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BUSS, P. M. Reforma Sanitária. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

CAMPOS, F. I. **Ciência Política**. Goiânia: Editora Vieira, 2005.

CATANNI, A. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997.

CAVALCANTI, T. et al (orgs.). **Estudos em homenagem a J.J. Rousseau**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Serviços de publicação, 1962.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online]. 2004, Disponível em: <<http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scielo>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção em saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2001.

CELESTE, T. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. **Cadernos ABEM**. V. 01. Maio de 2004. Disponível em: <www.abem-educmed.org.br/pdf>. Acesso em: 19 nov. 2014.

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços** / Amélia Cohn, Paulo Eduardo M. Elias. 6 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.onselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2014.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **O sistema único de saúde**. Rio de Janeiro, Ayuri, 1991.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

_____. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Xenon, 1985.

CUNHA, S. B.; GUERRA, A. J. T. **A questão ambiental: diferentes abordagens**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

DEUTSCH, K. W. **Política e governo**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1912.

DIAS, R. **Gestão Ambiental: responsabilidade social e sustentabilidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

DUARTE, I.M.D. **Medicamentos genéricos: análise após 10 anos de Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, 2012.

ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. **Recursos Humanos e Subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova**, 35: 73-111, 1995.

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88: um estudo das micro-regiões político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil**. 1997. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) – Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.

FÁVERO, O.; IRELAND, T. **Educação como exercício de diversidade**. Brasília: UNESCO, MEC, ANPEd, 2007.

FERNANDES, A. J. **Introdução à ciência política: Teorias, métodos e temáticas**. Porto: Editora Porto Editora, 1995.

FERNANDES, D.F; TEIXEIRA, G. S. S; SILVA, M. G; FLORÊNCIO, R.M.S; SILVA, R. M. O; ROSA, D, O, S. **Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0670.pdf>. Acesso em: 10 jun.2014.

FIORI, J. L. **Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado**. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terr, 1996.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Universidade Católica do Paraná (PUCPR), 1997.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUERRA, A.J.T.; CUNHA, S.B. **Impactos ambientais urbanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

HADDAD, S.; PIERRO, M.C.D. Escolarização de jovens e adultos. In: FÁVERO, Osmar; IRELAND, Timothy. **Educação como exercício de diversidade**. Brasília: UNESCO, MEC, ANPEd, p. 85-128, 2007.

HIPÓCRATES. *Airs, Waters, Places*. In: **The Medical Works of Hippocrates**. Trad. John Chadwick. Londres: Blackwell, 1950.

HOWLETT, M; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

JATENE, A.D. **Medicina, saúde e sociedade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

KING, Preston T. **O estudo da política**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1980.

KINGDON, J.W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2 ed. New York: Harper Collins College, 1995.

LARANJA, M. R. A. **A implementação da política nacional de educação permanente em saúde no município de São Paulo**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2012.

LEFF, H. **Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

LEITE, M.M.J. **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

LEITE, S.P. et al. (orgs.). **Avaliando a gestão de políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policymakers**. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ – CNPq, 2006.

LEMONS, C.L.S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Educação, 2010.

LESTER, et al. **Public policy implementation: evolution of the field and agenda for future research**. Arizona: Policy Studies Review, v.7, n. 1, p. 200-216, 1987.

LIMA, J. et al. **Memória da educação profissional em saúde**. Anos 1980-1990. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <www.observatorio.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 10 jun. 2014.

LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. **Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a Visão**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

LIMA, N.T. et al (orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, J. V. C; TURINI, B; CARVALHO, B. G; NUNES, E. F. P; LEPRE, R. L; MAINARDES, P; JUNIOR, L. C. **A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas:** possibilidades e limites. Disponível em:<www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r296.pdf>. Acesso em 10 jun. 2014.

LINDBLON, Charles E. **O processo de decisão política.** Brasília: UNB, 1981.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F. Potencialidades da educação para a transformação das práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde.** 2007: 18(2): 147-155. Disponível em:<www.fepecs.edu.br/revista>. Acesso em: 10 jun. 2014.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1994.

MANCIA. J.R; CABRAL, L.C; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília (DF), 2004. set/out., 57(5).

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out., 2004.

MEDINA, A. Modelos e lentes: uma discussão sobre a análise da implantação de políticas públicas. Belo Horizonte: **Revista de Análise e Conjuntura**, v. 2, nº. 1, p.40-55, jan/abr., 1987.

MENDES, E. V. (orgs.). **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINOGUE, M. **Theory and practice in public policy and administration.** *Policy and Politics*, v. 11, p. 87-94, 1983.

MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MIZUKAMI, M.G.N. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986. In: LEITE, M.M.J. et al (orgs.). **Educação em saúde:** desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, p. 33-40, 2010.

MUROFUSE, N.T.; RIZZOTTO, M. L. F.; MUZOLLON, A. B. F.; NICOLA, A. F. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2009 maio-junho; 17(3). Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 22 jun. 2014.

MOTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. 2007. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** V.12, n.2, p.363-372. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 22 ago. 2014.

NAJAN, A. **LearninfromtheLiteratureonPolicyImplementation: A Synthesis Perspective.** (WorkingPapers).InternationalInstitute for Applied Systems Analysis – IIASA.A-2361 Luxwnburg.Austria. 1995.

NAJBERG, E. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas (2006). In. **Arquivos de saúde pública** / Secretaria de Estado da Saúde, Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”. v. 7, jun/set., 2007 – Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”, 2007.

NETO, A.S.; CAMPOS, L.M.S.et al (orgs.). **Fundamentos da Gestão Ambiental.** Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda., 2009.

O´TOOLE, J.R. et al (orgs.). InterorganizationalPolicyImplementation: a theoretical perspective. Washington – D.C: **PublicAdministrationReview**, p. 491-503, nov/dec., 1984.

OLIVEIRA, J. A. A. TEIXEIRA, S. M. **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PALUDO, C. **Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular.** Porto Alegre, RS: Tomo Editorial, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** V.13, N.30, p.121-34, jul./set. 2009. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2014.
PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. Políticas de saúde e formação do trabalhador. In: VENÂNCIO, Escola Politécnica de Saúde (orgs.). **Política de Saúde: textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 117-142, 2005.

PEREZ, J.R.R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E.M. (orgs.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate.** São Paulo: Cortez, p. 65-73, 2001.

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H.; CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; ABRAMZÓN, M. C. **Trabalho e educação em saúde no MERCOSUL.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008.

PIERANTONI, C.R. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas.** 228 p.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

PILETTI, N. **História do Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1996.

PORTO, M.F.S. Entre a prevenção e precaução: riscos complexos e incertos e as bases de uma nova ciência da sustentabilidade. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 143-157, 2008.

RAMOS, M.A **pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

REZENDE, A. L. M. de. **Saúde: dialética do pensar e do saber**. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1987. In: PEREIRA, I. B.; RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RODRIGUES NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

RUA, M.G.C.. O estudo da política. **Tópicos selecionados**. Brasília: Editora Paralelo 15, 1998.

SANTOS, C. M. et al. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe: saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Editora Fundação Estadual de Saúde- FUNESA, Aracaju-SE 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_406622461.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

SANTOS, I. Entrevista concedida a Isabel Brasil Pereira, 2000. In: PEREIRA, I. B.; RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SANTOS, I.; CHRISTÓFARO, M. A. C. A formação do trabalhador da área da saúde. In: **Divulgação em saúde para debate**, 14 de ago. 1996.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 37. Ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

_____. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. **O choque teórico da politecnia.** Trabalho, educação e saúde, 1(1): 131-152, mar., 2003.

_____. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista brasileira de educação**, v. 12, nº 34, jan-abr, p. 152-180, 2007.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

SEIFFERT, M.E.B. **Gestão Ambiental:** instrumentos, esferas de ação e educação ambiental. São Paulo: Atlas, 2009.

SHMITTER, P.C. **Reflexões sobre o conceito de política.** Brasília: Editora EdUnb, 1979.

SHULMAN, I. Renewing the pedagogy of teacher education: the impact of subject specific conceptions of teaching. Paper presented at the Symposium sobre didáticas específicas em La formación de profesores. Santiago de Compostela, 1992. In: LEITE, Maria Madalena Januário et al (orgs.). **Educação em saúde:** desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C and MIALHE, F.L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência: saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2539-2550. ISSN 1413-8123. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 fev. 2014.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema único de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: **Política de Saúde:** textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SILVA, L.J. Em defesa do território: quarentena e isolamento como medidas de proteção contra a introdução de doenças transmissíveis. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 77-86, 2008.

SILVA, P.L.B; MELO, M.A.B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:** características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NPEPP, 2000, caderno nº. 48.

SILVA, R.F. **Aprendizagem significativa:** um processo de construção e reconstrução de si mesmo. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/aprendizagem-segnificativa/pagina1>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

SILVESTRE, Rosa Maria; PEREIRA, Rosemary Corrêa. (Org). **Série técnica:** desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009.

SÓRIO, R.; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas técnicas do SUS. **Physis: Revista de saúde Coletiva**, 8(2), 1998.

SOUZA, M. L. Algumas notas sobre a importância da espaço para o desenvolvimento social. In: **Território 3**, LAGET/UFRJ, Garamond, p. 13-35.

TAVARES, R. **Aprendizagem significativa**: conceitos. João Pessoa: Paraíba, v. 10, p. 55-60, 2004.

TEIXEIRA, E.C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Disponível em: <http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

TEIXEIRA, E.etal.Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais.**Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2013, vol.66, p. 102-110. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700014>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S.F. (orgs.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2 ed. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1995.

TEIXEIRA, S.F. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

TRONCHIN, D.M.R.; MIRA, V. L.; PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M.; SILVA, J. A. M.; SILVA, A. M.; SOARES, J. M. S. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares.**Revista Escola de Enfermagem – USP**. 2009; 43(Esp. 2): 1210-5. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php>. Acessoem: 22 ago. 2014.

UNESCO (1980). **La educación ambiental**: las grandes orientaciones de la Conferencia de Tbilisi. Paris: Unesco.

VARELLA, T.C.et al (orgs.). A formação médica: capacidade regulatória de Estados nacionais e demanda dos sistemas. In: **Trabalho e educação em saúde no MERCOSUL**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008.

VASCONCELOS , E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v.8, p.121-126, 2001.

VENÂNCIO, Escola Politécnica de Saúde (orgs.). **Política de Saúde**: textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

VIANNA, A.L; QUEIRÓZ, M.S.**Abordagens metodológicas em políticas públicas**. (Caderno n. 5). Campinas: NEPP/Unicamp,1998.

VIEIRA, L.S. (orgs.). Regulação profissional dos enfermeiros no MERCOSUL. In: **Trabalho e educação em saúde no MERCOSUL**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008.

VIEIRA, M. et al. Análise da política de educação permanente em saúde: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. **Relatório Final**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006. Disponível em:<www.observatorio.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 30 nov. 2014.