

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**MARA NIBIA DA SILVA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O Estado entre a Política e  
as Práticas**

**Porto Alegre  
2016**

**MARA NIBIA DA SILVA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O Estado entre a Política e  
as Práticas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação.

*Orientador: Carmen Lucia Bezerra Machado*

Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação.

**Porto Alegre**

**2016**

## CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Mara Nibia

Educação Permanente em Saúde: O Estado entre a Política e as Práticas / Mara Nibia Silva. -- 2016. 242 f.

Orientadora: Carmen Lucia Bezerra Machado.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Estado. 3. Política Pública. 4. Práticas nos Serviços de Saúde. I. Bezerra Machado, Carmen Lucia , orient. II. Título.

**MARA NIBIA DA SILVA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O Estado entre a Política e  
as Práticas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação.

Aprovada em 12 de dezembro de 2016

---

Carmen Lucia Bezerra Machado - Orientadora

---

Conceição Paludo - UFRGS

---

Jussara Guê Martini - UFSC

---

Paulo Peixoto de Albuquerque

---

Suzana de Souza Gutierrez - CMPA

A todos os trabalhadores que,  
cotidianamente, por meio de sua obra,  
constroem um mundo melhor para todos nós.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Carmen Lucia Bezerra Machado, minha orientadora, pelo carinho e presença no desenvolvimento de minha investigação, bem como pela caminhada solidária.

Aos Professores Conceição Paludo, Jussara Guê Martini, Paulo Peixoto de Albuquerque e Suzana de Souza Gutierrez, que integram minha Banca, pela disponibilidade e contribuições a este estudo.

Aos trabalhadores da saúde, pela confiança em partilhar seus sonhos, angústias, vivências, e pela construção, como coautores, desta pesquisa.

Ao Nilson Maestri Carvalho, pela nobreza do acolhimento, pela prática da alteridade e pelas discussões constantes.

À querida amiga Beatriz Guimarães pelo colo, escuta e companheirismo nessa jornada e na vida.

À Gabi, Jana, Lúcia, Elói, Diego, Lucas, Neiva, Paula, Su, Anelise, Vlair, Camile, Marcelisa, Maristela, Silvio, pelo estímulo, amizade e pela partilha.

... a morte de qualquer homem me diminui,  
porque sou parte do gênero humano,  
por isso não me pergunte por quem os sinos dobram;  
eles dobram por ti.

John Donne

## RESUMO

Este estudo evidencia a existência de um descompasso entre as concepções de saúde descritas nos documentos oficiais e a encontrada na realidade. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, alicerçada teoricamente no materialismo dialético, com o objetivo de conhecer, descrever, explicar, interpretar e compreender as contradições que se manifestam nas relações entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a realidade dos trabalhadores, com suas implicações nas práticas nos serviços de saúde no Rio Grande do Sul. Tese: a Educação Permanente em Saúde traz em si uma possibilidade de transformação das práticas e do processo de trabalho nos serviços de saúde, todavia a contradição capital-trabalho abre espaço para a separação entre o econômico, o político e o jurídico, em que o Estado se desresponsabiliza sem prover as condições necessárias para que os trabalhadores possam transformar suas práticas e realizá-las de forma a responder às necessidades de saúde da população. Abrange o período de 2004 a 2015, constitui-se de revisão da literatura, busca em bancos de dados e entrevistas semiestruturadas. A educação permanente atrelada aos movimentos do processo de acumulação, concentração e centralização do capital, no Brasil, retorna, em 2004, como a Política Nacional na Saúde, objetivando a formação dos trabalhadores da área, a modificação das práticas e do processo de trabalho e a reorganização dos serviços. Resultados: Os trabalhadores de saúde, no RS, não vivenciam a educação permanente como possibilidade de transformação de suas práticas, alguns sequer sabem do que se trata, consideram que a educação permanente e a PNEPS tem o sentido de mais uma política, política mascarada, uma determinação a ser cumprida, precarizando o trabalho. A EPS está posta como impossibilidade para a transformação das práticas, como processo não se esgota em si mesmo e nem cumpre com o anunciado pelo Estado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Permanente em Saúde; Estado; Política Pública e Práticas nos Serviços de Saúde.



## RESUMEN

Este estudio muestra que hay una falta de correspondencia entre los conceptos de salud presentes en los documentos oficiales y la realidad. Se trata de una investigación cualitativa, fundamentada teóricamente en el materialismo dialéctico, con el fin de conocer, describir, explicar, interpretar y comprender y contradicciones que surgen en las relaciones entre la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, la realidad de los trabajadores y sus implicaciones para la práctica en los servicios de salud en RS. Tesis: la Educación Permanente en Salud (EPS) lleva una posibilidad de transformación de las prácticas y el proceso de trabajo en los servicios de salud, sin embargo, la contradicción capital-trabajo deja espacio para la separación entre lo económico, político y jurídico, en que el Estado se exime sin proporcionar las condiciones necesarias para que los trabajadores puedan transformar sus prácticas y llevarlas a cabo con el fin de responder a las necesidades de salud de la población. Abarca el período 2004-2015, se compone de revisión de la literatura, buscar en bases de datos y entrevistas sumi-estructuradas. La educación permanente vinculada a los movimientos del proceso de acumulación, concentración y centralización del capital en Brasil, retorna, en el año 2004, como Política Nacional de Salud, dirigida a la formación de los trabajadores de la salud, la modificación de las prácticas y el proceso de trabajo y reorganización de los servicios. Resultados: Los trabajadores de la salud en RS, no experimentan la educación permanente como una posibilidad de cambiar sus prácticas, algunos incluso no saben lo que es, consideran que la educación permanente y la PNEPS tienen el significado de una política más, política enmascarada, una determinación que debe cumplirse, precarizando el trabajo. La EPS se establece como imposibilidad de transformar las prácticas, como proceso no termina en sí misma, ni cumple con lo anunciado por el Estado.

**PALABRAS CLAVE:** Educación Permanente en la Salud; Estado; Política Pública y Prácticas en los Servicios de Salud.

## ABSTRACT

This study evidences the existence of a mismatch between the conceptions of health described in the official documents and the current reality. It is a research of a qualitative nature, theoretically grounded in dialectical materialism, with the purpose of knowing, describing, explaining, interpreting and understanding the contradictions manifested in the relations between the Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS - National Policy on Permanent Education in Health) and the reality of its employers, as well as its implications on the health's services practices in the Rio Grande do Sul State (Brazil). Thesis: the Permanent Education in Health brings with it a possibility to transform the practices and the work process in the health services, however the capital-labor contradiction opens space for the separation between the economic, the political and the legal, in which the State takes no responsibility for providing the necessary conditions to the workers be able to transform their practices and carry them out in a way that answer the population health's needs. It covers the period from 2004 to 2015, and it consists of background review, database search and semi-structured interviews. The permanent education in health linked to the movements of the accumulation, concentration and centralization of capital in Brazil, returns in 2004 as the National Health Policy, aiming at the training of workers in the area, the modification of working practices and process, and the reorganization of services. Results: The health workers in the State do not experience the permanent education in health (EPS) as a possibility to transform their practices, some do not even know what this Policy is, they consider that permanent education and PNEPS is just another politics, masked politics, a determination to be fulfilled, harming the work. The EPS makes the practices transformation impossible, as process does not end in itself and does not fulfill the announced by the State.

**KEYWORDS:** Permanent Education in Health; State; Public Policy and Practice in Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Tempo de serviço dos entrevistados .....	38
Gráfico 2 -	Titulação dos entrevistados .....	39
Quadro 1 -	Artigos selecionados - Base de dados SciELO .....	42
Quadro 2 -	Teses e Dissertações selecionadas - Base de dados CAPES .....	43
Quadro 3 -	Resoluções CIB RS 2004 a 2014 referentes a EPS.....	44
Quadro 4 -	Conferências Nacionais de Saúde .....	94
Quadro 5 -	Publicações Série Desarrollo de Recursos Humanos sobre educação permanente em saúde .....	121
Mapa 1 -	Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família em 2001 .....	123
Quadro 6 -	Projetos desenvolvidos voltados à formação dos trabalhadores da saúde .....	141
Quadro 7 -	Termos utilizados pela área técnica da SGTES .....	151
Gráfico 3 -	Estrutura etária da população RS - 2010 .....	155
Tabela 3 -	Renda, Pobreza e Desigualdade - RS e Brasil - 2000 - 2010 .....	156
Tabela 1 -	Maior Idese por Bloco entre os municípios do RS - 2013 .....	158
Tabela 2 -	Enquadre dos municípios pelo estrato de população FEE e pelo número de habitantes IBGE - 2013 .....	159
Mapa 2 -	Regiões de Saúde, RS, 2012 .....	160
Mapa 3 -	Coordenadorias Regionais de Saúde, SES, RS, 2012 .....	161
Gráfico 4 -	Número de municípios por CRS .....	162
Gráfico 5 -	População por CRS .....	162
Mapa 4 -	Macrorregiões de Saúde - RS .....	163
Tabela 4 -	Macrorregiões, População e Coordenadorias Regionais de Saúde ..	163
Quadro 8 -	Profissionais SUS no Rio Grande do Sul - 2015 .....	165
Quadro 9 -	Profissionais SUS vinculados à esfera estadual - 2015 .....	167
Quadro 10 -	Formas de contratação pelos gestores do SUS .....	169
Quadro 11 -	Repasse financeiros Bloco Gestão do SUS - componente Qualificação da Gestão e recursos previstos nas Portarias do MS para o RS - 2004 a 2014 .....	188
Quadro 12 -	Número de Resoluções CIB RS que aprovam projetos de EPS .....	189

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica  
AIDS - Acquired Immunodeficiency Síndrome  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
AL - América Latina  
APESC - Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul  
ASSEDISA - Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde  
ASSTEPLAN - Assessoria Técnica de Planejamento  
AT - Acidente de Trabalho  
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento  
CAIFCOM - Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, família e Comunidade  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CC - Cargo em comissão  
CEE - Comunidade Econômica Europeia  
CEEs - Comissão de Especialistas de Ensino  
CES - Conselho Estadual de Saúde  
CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde  
CG - Conselho Gestor  
CGR - CGR - Conselho Gestor Regional  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CID - Código Internacional de Doenças  
CIES - Comissão de Integração Ensino Serviço  
CIR - Comissão Intergestores Regional  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil  
CNE - Conselho Nacional de Educação  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
COE - Conselho da Europa  
COGERE - Colegiado de Gestão Regional  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS - Conselho das Secretarias Municipais de Saúde  
CRA - Central de Regulação Ambulatorial  
CRE - Coordenadoria Regional de Educação  
CRH - Central de Regulação Hospitalar  
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais  
DEGERTS - Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde  
DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública  
DST - Doença sexualmente transmissível  
EABPs- Equipes de Atenção Básica no Sistema Prisional  
EAD - Educação a Distância  
EC - Educação Continuada  
EFA - Centro de Educação Básica Francisco de Assis  
EP - Educação Permanente  
EPS - Educação Permanente em Saúde  
EPT - Educação para Todos  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
ESP - Escola de Saúde Pública  
ETSUS - Escola Técnica do Sistema Único de Saúde  
EU - União Europeia  
EUA - Estados Unidos da América  
FACED - Faculdade de Educação  
FAMED - Faculdade de Medicina  
FEE - Fundação de Economia e estatística  
FEEPS - Fórum Estadual de Educação permanente em Saúde  
FEEVALE - Centro Universitário Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale do Rio dos Sinos  
FEMA - Fundação Educacional Machado de Assis  
FEPS - Fundação estadual de Pesquisa em Saúde  
FES - Fundo estadual de Saúde  
FIDENE - Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul  
FMI - Fundo Monetário Internacional  
FNS - Fundo Nacional de Saúde  
FUVATES - Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social  
GATS - Acordos Gerais sobre Tarifas e Comércio  
HAN - Hanseníase  
HCB - Escola de Educação Profissional de Saúde  
HPSP - Hospital Psiquiátrico São Pedro  
HU - Hospital Universitário  
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria  
IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
IBGE - Instituto Brasileiro de Economia e Estatística  
IDESE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
IES - Instituição de Ensino Superior  
IAHCS - Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde  
IMED - Faculdade Meridional  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPA - Faculdades Integradas Instituto Porto Alegre  
LOS - Lei Orgânica da Saúde  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MESP - Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública

MS - Ministério da Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
NURESC - Núcleo regional de Saúde Coletiva  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
ODM - Objetivos do Milênio  
OEA - Organização dos Estados Americanos  
OMC - Organização Mundial do Comércio  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONG - Organização não Governamental  
OPAS - Organização Panamericana da Saúde  
OS - Organização Social  
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PAM 4 - Posto de Atendimento 4  
PCRI-AB - Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica  
PDT - Partido Democrático Trabalhista  
PECs Programa de Extensão de Cobertura de Serviços de Saúde  
PEP - Polo de Educação Permanente  
PESC - Polo de Educação em Saúde Coletiva  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB - Produto Interno Bruto  
PIM - Primeira Infância Melhor  
PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde  
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica  
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PNDG - Programa de Desenvolvimento Gerencial  
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPGEMSAU - Programa de Pós-Graduação em Saúde  
PPME - Países Pobres Muito Endividados  
PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
PRM - Programa de Residência Médica  
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PT - Partido dos Trabalhadores  
RAG - Relatório Anual de Gestão  
RET-SUS - rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde  
RH - Recursos Humanos  
RIS - Residência Integrada em Saúde  
RMG - Relatório de Monitoramento Global  
SAMU - Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência  
SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão do Sistema Único de Saúde  
SciElo - Cientific Eletronic Librari Online  
SEDUC - Secretaria de Educação  
SEG - Sistema de Ensino Gaúcho  
SENAC - Serviço Nacional do comércio  
SES - Secretaria Estadual da Saúde

SES - Secretaria Estadual da Saúde  
SESu - Secretaria de Educação Superior  
SGE – Sistema de Gestão Estratégica  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIM - Sistema de Informações de Mortalidade  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social  
SIST - Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador  
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TB - Tuberculose  
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso  
TCU - Tribunal de Contas da União  
TIC - Tecnologia da Informação e da Comunicação  
TR - Teste Rápido  
TRAMSE - Núcleo de Estudos, Experiências e Pesquisas em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UCPEL - Universidade Católica de Pelotas  
UCS - Universidade de Caxias do Sul  
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul  
UFPEL - Universidade Federal de Pelotas  
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria  
ULBRA - Universidade Luterana do Brasil  
UnA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância  
UNICRUZ - Universidade de Cruz Alta  
UNIFRA - Centro Universitário Franciscano  
UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul  
UNILASSALE - Centro Universitário La Salle  
UNIPAMPA - Universidade Federal do Pampa  
UNISC - Universidade de Santa Cruz  
UNISINOS - Universidade do vale do Rio dos Sinos  
UNIVATES - Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento  
UPF - Universidade de Passo Fundo  
URCAMP - Universidade da Região da Campanha  
URI - Universidade Regional Integrada  
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>O CONVITE DE PANDORA .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>DESCAMINHOS E CAMINHOS DA PESQUISA: O FIO DE ARIADNE ...</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>DE PROJETOS INTERROMPIDOS À FÊNIX .....</b>	<b>48</b>
3.1	DO ESTRUTURAL PARA A SUPERESTRUTURA VIA EDUCAÇÃO .....	65
3.2	O RENASCIMENTO DA FÊNIX .....	70
3.3	FORMAÇÃO DO TRABALHADOR OU ELICITAÇÃO DO CONHECIMENTO .....	72
<b>4</b>	<b>UMA LONGA CAMINHADA: AS TOCHAS DE HÉCATE .....</b>	<b>81</b>
4.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE .....	81
4.2	A SAÚDE NO BRASIL .....	88
4.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	108
4.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	116
4.5	A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	124
4.6	O SUS E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE .....	138
4.7	O CONTEXTO GAÚCHO .....	154
4.8	O RIO GRANDE DO SUL E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	177
	<b>O LABIRÍNTO E SUAS SAÍDAS .....</b>	<b>201</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>216</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>241</b>



## 1 O CONVITE DE PANDORA

É possível vida sem sonho, mas não  
existência humana e história sem sonho. A  
história é tempo de possibilidade e não de  
determinações. E se é tempo de  
possibilidades, a primeira consequência que  
vem à tona é de que a História não apenas é,  
mas também demanda liberdade. Lutar por  
ela é uma forma possível de, inserindo-nos  
na História possível, nos fazer igualmente  
possíveis.  
Paulo Freire

A origem da ideia de educação permanente é difícil precisar. Diferentes autores<sup>1</sup> afirmam que esta noção, de educação permanente como aprendizagem ao longo da vida, já aparece em 1919 no Relatório do Ministério de Reconstrução britânico (Comitê de Educação de Adultos). Esta ideia é retomada em 1929, com a expressão educação ao longo da vida (FURTER, 1978). A expressão educação permanente aparece pela primeira vez em 1955 em um Projeto de reforma do ensino feito pela Liga Francesa de Educação (GADOTTI, 1987).

É a partir dos anos 60 do século XX, que a expressão “educação permanente” vai ocupando espaço de discussões no cenário mundial, articulada às necessidades do desenvolvimento econômico. Nesses anos, o Conselho de Cooperação Cultural do Conselho da Europa<sup>2</sup> (COE) solicitou aos países membros que buscassem detalhar o panorama da educação, em seus respectivos países e, em específico, o da “educação permanente”. Os informes destes países culminaram, em 1971, na

---

<sup>1</sup> Entre outros: Legrand, 1970; Furter, 1978; Gadotti, 1987; Gouvea, 2009.

<sup>2</sup> O Conselho da Europa foi criado em 1949, tendo como Estados Membros fundadores Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Suécia, Reino Unido. No mesmo ano, entram Grécia, Turquia e a Islândia. O COE é uma organização intergovernamental, independente da União Europeia (UE), cuja finalidade é a proteção dos Direitos Humanos, promoção da diversidade cultural da Europa e o combate aos problemas sociais, como preconceitos e intolerância. Disponível em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/sist-europeu-dh/cons-europa-historia.html>>.

elaboração da proposta Fundamentos de uma Política Educacional Integrada, para atender a necessidade global de mudanças na educação frente às exigências do contexto mundial e do mundo do trabalho. Diz Freire (1987) que a permanência é inerente à educação. Logo, adjetivar a educação com esta palavra (permanente) é redundante e distorce os sentidos.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) passou a procurar operacionalizar a educação permanente sob a forma de uma educação recorrente<sup>3</sup> (FURTER, 1978). O Banco Mundial (BM), que já em anos anteriores ampliava sua entrada e influência em diferentes países ditos em desenvolvimento, nos últimos anos da década de 1960 foi destinando recursos ao setor social, entre os quais o setor educação e o setor saúde, o que se acentua nos anos de 1980. Cabe destacar que vieram também recursos de outros organismos internacionais, além do BM. Todos estes organismos tinham em comum a preocupação com as estimativas do aumento da pobreza e a necessidade de controle populacional no chamado terceiro mundo, tendo em vista as consequências disso para os países do primeiro mundo.

A partir dessas questões difundem-se as ideias do capital humano<sup>4</sup>. O conceito apresentado por Schultz oferecia “aos pesquisadores e à classe burguesa no seu conjunto, um novo fator, que, somado aos demais representaria a solução do enigma do maior ou menor desenvolvimento entre nações e maior ou menor mobilidade social entre indivíduos” (FRIGOTTO, 2008, p. 68). No entanto, “o primeiro e principal elemento que orienta e falseia os demais é o pressuposto da concepção liberal de natureza e comportamento humano que fundamenta a ciência econômica,

---

<sup>3</sup> O termo educação recorrente, conforme Jarves (2012) teria sido usado pela primeira vez pela OCDE, no início dos anos de 1970, como uma estratégia para a aprendizagem continuada. Para Kajlen (1978) a educação recorrente seria uma estratégia de emancipação com forte integração na coletividade e na sociedade.

<sup>4</sup> O conceito de capital humano foi elaborado pelo economista Theodoro Schultz nos anos de 1956-1957, ao perceber que “(...), muitas pessoas nos Estados Unidos estavam investindo fortemente em si mesmas; que estes investimentos tinham significativa influência sobre o crescimento econômico; que o investimento básico em si mesmo era um capital humano e aquilo que constituía basicamente este capital era o investimento na educação”. A partir disso, “Schultz se dedicou à elaboração mais sistemática deste conceito, expondo-o na obra Capital Humano (1973)”, onde, “partindo do pressuposto de que o componente da produção que decorre da instrução é um investimento em habilidades e conhecimentos que aumenta as rendas futuras, semelhante a qualquer outro investimento em bens de produção, Schultz define o capital humano como o montante de investimento que uma nação ou indivíduos fazem na expectativa de retornos adicionais futuros” (FRIGOTTO, 2008, p. 66).

social e política burguesa” (FRIGOTTO, 2008, p. 69), onde todos nascem em iguais condições de escolha. Velando, dessa forma,

(...) o processo histórico assimétrico que produziu proprietários privados de meios e instrumentos de produção – detentores de capital, classe capitalista – e trabalhadores cuja mercadoria que dispõem para vender ou trocar no mercado é sua força de trabalho. Da mesma forma, esta concepção ignora o processo histórico desigual na constituição das diferentes nações (FRIGOTTO, 2008, p. 70).

Tema presente em Conferências e Relatórios internacionais e, difundida principalmente pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a educação permanente aparece como estratégia importante para “colocar os homens” em condições de fazer frente a um mundo em rápida mudança.

Em 29 de dezembro de 1964, no contexto da guerra fria, o Brasil assinou o Acordo Básico de Assistência Técnica com a Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências especializadas (Agência Internacional de Energia Atômica; Organização Internacional do Trabalho; Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Organização de Aviação Civil Internacional; Organização Mundial de Saúde; União Internacional de Telecomunicações; Organização Meteorológica Mundial; e a União Postal Universal). Referido acordo foi promulgado pelo Decreto 59.308, de 23 de setembro de 1966. Na verdade representou uma forma de intervenção, revestida de “assistência” técnica, nas relações políticas internas, nos países latino-americanos, e, particularmente, no Brasil. Difunde-se em todas as áreas econômicas a legitimação das formas de intervenção.

Em 1973, o Governo Brasileiro, representado, então, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, firma, com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Acordo para um programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil. Fruto deste acordo nasce o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

A partir dos anos de 1980, a educação permanente foi proposta e disseminada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), como uma alternativa ao quadro das práticas educativas neste âmbito, visando, assim, modificar as práticas em saúde. Necessidade que se manteve ao longo das décadas

seguintes e no cenário atual em nosso país, apesar de iniciativas que foram desenvolvidas no sentido de mudar essa realidade, entre as quais podemos mencionar os Projetos: Larga Escala (1982), Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU - 1987), Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde (GERUS - década de 1990), Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE - 1999) e os Programas de: Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED - 2002); Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde - 2005); Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde - 2008); Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência - 2009); Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG - instituído formalmente em 2010), entre outras iniciativas.

Em 2004, numa tentativa de solução para a formação dos trabalhadores da Saúde, em consonância com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), a modificação das práticas e reorganização dos serviços, a educação permanente foi instituída como Política Nacional na área da Saúde. Uma tentativa de solução que aponta a existência de um *descompasso* entre a concepção de saúde presente nos documentos oficiais, às leis, as políticas e as práticas de saúde nos serviços do SUS. Se por um lado se pode dizer que pela primeira vez a formação dos trabalhadores da saúde ganhou status de política específica dentro do Sistema, por outro lado demarca, ao mesmo tempo, algo da repetição. Nesse sentido, cabe lembrar e estar atento às palavras de Chauí em relação ao mito fundador: “Um mito fundador é aquele que não cessa de encontrar novos meios para exprimir-se, novas linguagens, novos valores e ideias, de tal modo que, quanto mais parece ser outra coisa, tanto mais é repetição de si mesmo” (CHAUÍ, 2001, p. 9).

Assim, se por um lado para a área da saúde “a interferência e o apoio financeiro, logístico e metodológico de um ministério que não seja o da educação, amplia os horizontes para a formação de seus profissionais”, por outro “podemos vislumbrar a manutenção, ou retorno, das propostas educacionais voltadas exclusivamente para um melhor desempenho no trabalho em atenção às exigências do mercado de trabalho” (MANCIA *et al.*, 2004, p. 610).

Necessário também é apreender os movimentos dos trabalhadores da saúde na apropriação ou não de seu espaço de trabalho, bem como as estratégias que

elaboram para o enfrentamento de diferentes situações e o lugar que ocupa, para eles, a educação permanente na saúde.

**E8:** Muitas vezes o profissional pede uma liberação e ele sofre uma coerção por que “ele só quer estudar, não quer trabalhar”, como se aquilo não fosse trazer um benefício para a prática, para a saúde da população. Infelizmente não se pensa que estudar vai trazer benefício pro trabalho, pro usuário, pros colegas, pra instituição, pra todo mundo. Isso eu acho muito triste, que se tenha tanta resistência em liberar o profissional. Essa política na verdade é uma política mascarada<sup>5</sup>.

Gastão Wagner Campos (2014)<sup>6</sup> aponta que, enquanto trabalhadores, podemos e devemos avançar no micro espaço do fazer em saúde, sem, no entanto, deixar de ter presente o macro, ou seja, as políticas públicas. Um dos grandes problemas, tanto na saúde quanto na educação, é deixarmos de realizar, de fazer, por falta de forças para enfrentar as dificuldades, pelos limites da burocracia, da configuração do estado, das condições de precarização do trabalho e tantos outros obstáculos. Porém, não há como desconhecer que os trabalhadores realizam, fazem, apesar de todas as dificuldades. No entanto,

**E4:** (...) falta de apoio. A equipe que muitas vezes está motivada em fazer, muitas vezes com recursos próprios. Nas unidades onde trabalhei nos horários das reuniões de equipe, fazíamos metade reunião, e na outra metade a gente trazia um tema pra discutir, um tema, por exemplo, que as técnicas queriam saber, porque nas equipes, de nível superior (AB) a gente só tem o enfermeiro e o médico o resto é nível técnico. Então o usuário perguntava pra técnica o que era hepatite e aí a técnica sabia o que era. Porque muitas vezes ela não sabe, e ela não é obrigada a saber. E para isso eu levava meu *leptop* pro morro. Eu levei isso pra gestão, e - muito bonito, boa tua iniciativa! - mas não levaram adiante, não davam qualquer incentivo, tipo uma ampliação para horário de reuniões desse tipo. Isso às vezes desmotiva.

**E7:** (...) a gente vê as coisas, fala, sugere. Até nos ouvem, mas na verdade quem manda é o enfermeiro. A gente é coisa pequena.

---

<sup>5</sup> As entrevistas realizadas nesta pesquisa aparecerão ao longo de toda a tese, estabelecendo diálogo no texto e metodologicamente explicitadas no segundo capítulo, identificadas pela letra **E** seguida por um número aleatório.

<sup>6</sup> Videoconferência realizada em 2014, no contexto do Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, turma de Porto Alegre.

Buscando a qualificação da equipe e resolução de situações presentes no cotidiano de trabalho, os trabalhadores investem, lançando mão, inclusive, de equipamentos e financiamento próprios. Se o equipamento for roubado, por exemplo, o trabalhador não será ressarcido. Ou seja, o trabalhador financia o próprio trabalho. O serviço não tem o equipamento. O trabalhador vivencia, ao mesmo tempo, a desimportância e naturalização deste ato, pela gestão. Isso faz parte da forma como a Educação Permanente em Saúde vai sendo construída. Por outro lado, há diferença do peso das sugestões, contribuições, entre os próprios trabalhadores, reproduzindo a “desimportância” já sentida frente à gestão.

O elemento humano é fundamental, e há a necessidade de envolvimento para transformar a realidade dos serviços em espaços com algum bem estar institucional, permeado de forma mais clara, atualmente, pelo assédio moral. A articulação entre os trabalhadores exige espaço de discussão, de reflexão, de experimentação responsável. Mas como se constrói esse espaço frente à demanda cotidiana? Como converter o acostumar-se no desacostumar-se com a cultura da precarização, com o salário baixo, com as condições indignas de trabalho? Cuidar das pessoas é o fazer em saúde, mas entre as pessoas a cuidar estão os próprios trabalhadores da saúde.

Murofuse *et al.* (2009), apontam em seu estudo que o foco no relacionamento pessoal, na qualidade do serviço, na motivação e na humanização dos atendimentos está associado ao modelo da gestão flexível. A quebra da solidariedade entre os trabalhadores, como estratégia refinada objetivando desempenhos maiores mostra-se insuficiente para efetivar mudanças na prática profissional.

(...) As consequências da “nova” forma de gestão do trabalho (...) são obstáculos para o desenvolvimento do trabalho coletivo e contribuem para os conflitos no ambiente de trabalho, especialmente por se tratar de relações sociais que envolvem diversos trabalhadores, com diferentes intencionalidades, em que cada um atua de forma coerente com sua visão do mundo, do trabalho e das práticas sociais (MUROFUSE *et al.*, 2009, p.6).

Como ter autonomia frente à “organização” do Sistema de Saúde? Podemos argumentar que o usuário tem o direito de ser atendido, desde que se locomova até a unidade/serviço de seu território. Ou, o direito de seguir ou não uma prescrição, aderir ou não a um tratamento, o que não deixa de ser uma forma de autonomia relativa. Mas, corremos o risco de responsabilizar o indivíduo a partir de sua

“escolha”, escamoteando questões implícitas e implicadas na situação: foi-lhe explicado claramente o porquê da prescrição e suas consequências? A explicação dada foi realmente compreendida? Foi levado em consideração o que o usuário falou? O que ele questionou? Ele tem condições econômicas, de ambiente, de vida, para seguir a prescrição? Que impacto terá na vida do usuário seguir tal prescrição?

Os desafios para a transformação da formação e das práticas nos serviços de saúde se confrontam, de forma contraditória, com a sociedade em tempos de neoliberalismo, onde a saúde e a educação como práticas sociais acabam sendo destituídas do lugar de bem público e passam a ser vistas/divulgadas/problematizadas como mais um produto oferecido no mercado.

A mercantilização da saúde se materializa em gestos/situações tais como quando seguradoras e/ou planos de saúde dizem o que seu usuário pode ou não fazer/ter; independentemente do que necessita ou no tempo em que necessita, mesmo que isso signifique viver ou morrer. Ou seja, nós seres humanos, quando estamos doentes, esperamos que seja feito um diagnóstico adequado e possamos ser tratados, que tenhamos meios para fazê-lo (o tratamento) no tempo preciso de nossa necessidade. Com certeza, há determinados imperativos e regras, mas estes não podem ficar sobrepostos ao humano e suas necessidades, à vida, à dignidade, à sensibilidade e ao respeito à existência.

O impacto da lógica do lucro, acima de tudo, se retrata na degradação ambiental, na exploração do trabalho, na perda dos direitos da maioria da população. Na propriedade privada do bem comum, os avanços tecnológicos e o acesso a certos tipos de tratamentos, por e em benefício de alguns poucos, se acentuam. Assim, é necessário, a partir do *quefazer*<sup>7</sup>, debruçar nosso olhar sobre o que está ocorrendo, tanto no que se refere aos processos formativos como em relação ao processo de trabalho, em coerência com os princípios e diretrizes do SUS.

---

<sup>7</sup> Contraposição de dois termos, que “coloca em relevo aquilo que no pensamento do autor é um elemento constitutivo da práxis: ação e reflexão. O fazer que não está ligado à reflexão, é cego. O quefazer está ligado à reflexão, é a expressão da práxis. Nas palavras de Paulo Freire, quefazer é a dialética permanente-mudança e que torna o processo educativo durável. Todo homem é um ser do “quefazer”, isto é, um ser que transformando o mundo, com o seu trabalho, cria o seu mundo. A educação é um “quefazer” permanente em razão da inconclusão do homem e do dever da realidade”. Disponível em <[http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/glossario/palavras\\_146.html](http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/glossario/palavras_146.html)>. Acesso em: jan. 2013.

Mas, que relação tem isso com uma professora da rede estadual? A historicidade de uma trabalhadora em construção. E na feitura do caminho, educação e saúde borram fronteiras. O engajamento que iniciei no movimento estudantil se ampliou na luta pela redemocratização do país e pela participação em movimentos pelos direitos humanos. Nesse processo, o contato mais direto com o sofrimento mental do ser humano e o inconformismo com estas questões me levou a buscar formação na área da psicanálise e a desenvolver uma rica experiência de trabalho na rede pública. Trabalho e formação sempre imbricados, pois, como nos diz Marx, o trabalho não pode estar separado de uma forma de existir, de pensar e de sentir a vida.

Do Projeto de Assistência e Pesquisa da Psicose sob Enfoque Psicanalítico, desenvolvido em uma unidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), ao trabalho com os residentes em Saúde Mental, nasceram às questões sobre as hegemonias na área da saúde e o engajamento no Movimento da Luta Antimanicomial. Nesse processo, se deu a implantação de um projeto alternativo ao manicômio, hoje caracterizado como residenciais terapêuticos, tendo em vista o descredenciamento como serviço “público” de uma clínica que abrigava cerca de cinquenta pacientes, cujo destino seria o HPSP, ampliando-se meu envolvimento como integrante da equipe técnica. Um trabalho rico, permeado de avanços e recuos, muitas dificuldades e conflitos. Contudo, a hegemonia médica e sua introjeção pelos demais trabalhadores da saúde e pela sociedade conflitavam fortemente com uma proposta de trabalho que se contrapunha a esta lógica.

Ingressei no magistério público, primeiro municipal e depois estadual, onde me envolvi de forma ampla e profunda, seja com os alunos, com minha área de docência - História, com os movimentos da educação e também com a saúde. Mudei para o interior do Estado, mantendo parte de minhas atividades em Porto Alegre. Tive aprovado projeto voltado ao atendimento de crianças e adolescentes na escola, fazendo, sempre que necessário, intervenções junto às famílias, aos professores e à instituição escolar. Nesse tempo conseguimos ressignificar, tanto em nível individual quanto coletivo, algumas situações. Posteriormente, realizei atendimento psicanalítico à comunidade no Conselho Tutelar de município do interior riograndense.



Aliava, ainda, ao trabalho em sala de aula, a realização de oficinas junto aos alunos, pais e professores, bem como às escolas de municípios vizinhos e da rede estadual, na articulação educação e saúde. Trabalhei com a comunidade, integrei a diretoria do Conselho Municipal de Educação. Aprendi e ensinei.

Concomitante ao fazer como professora da rede municipal, em Porto Alegre, minha formação/trabalho continuava, tendo a oportunidade de integrar por dois anos o grupo coordenador e executor do curso de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, promovido pela Cruz Vermelha/Posto de Atendimento Médico 4 (PAM 4), trabalhando, então, com a formação de profissionais, e trabalhadores de saúde e de educação.

No entanto, o curso da vida nem sempre segue o que projetamos. Projetos se interrompem. Fiz concurso e ingressei no magistério estadual, assumindo a docência no ensino médio regular e educação de jovens e adultos, nas disciplinas de História, Geografia e Arte. Participei ativamente do processo da Constituinte Escolar, como representante regional, e, posteriormente, como Delegada na Conferência Estadual. Algo inesquecível como ser humano, como educadora, e, histórico, pois representa um momento coletivo de luta e construção de uma transformação possível da educação pública estadual. É preciso reconhecer, entretanto, que as possibilidades processadas pelo e no trabalho coletivo geram seus contrassônios, como diz Freire (2014); porém, sonhos que se fazem ação podem constituir realidades.

Esse concurso possibilitou a mudança de cidade. Além da docência, passei a exercer a função de coordenadora pedagógica no Ensino Fundamental. Novos desafios se apresentavam. Novos/velhos temas me interrogavam, conduzindo-me ao mestrado. Nesse percurso, instigada por questões oriundas de minha formação e prática profissional na educação e na saúde, passei a pesquisar o trabalho acadêmico dos professores de medicina da FAMED/UFRGS. Busquei compreender esse fazer e suas implicações na formação e concepção de saúde dos egressos, e porque se formam médicos da forma como se formam, desconhecendo os conhecimentos de saúde pública ou os desconsiderando, e a organização, as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Algumas de minhas considerações nas páginas finais de minha dissertação apontam para as questões aqui relançadas: Que movimento produz políticas públicas na relação trabalho, educação e saúde? Qual a relação disso com o processo de reconfiguração do Estado? E com a formação de profissionais de saúde e de educação?

O ingresso no mestrado possibilitou minha transferência para Porto Alegre e vivenciar uma nova experiência, conhecer uma nova realidade. Fui lotada na 1ª Coordenadoria Regional de Educação<sup>8</sup> (1ª CRE), no Setor Pedagógico. Em 2007, assumi como responsável pela Saúde Escolar da 1ª CRE, vivenciando inúmeros desafios frente às necessidades dos educandos e das escolas em relação à saúde.

Nessa caminhada, em 2008, fui cedida à Secretaria Estadual da Saúde e lotada na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP)<sup>9</sup>, onde permaneci até abril de 2015<sup>10</sup>, quando retornei à 1ª CRE. A ESP é um departamento da Secretaria Estadual de Saúde, voltado a “promover educação, capacitação, qualificação e produção de conhecimentos para o SUS” (ESP-SES/RS).

Lá exerci a docência em cursos de pós-graduação *lato sensu* e coordenei alguns; orientei trabalhos de conclusão de curso tanto na pós-graduação como na Residência Integrada em Saúde (RIS)<sup>11</sup>; exerci a coordenação pedagógica estadual de curso nacional EAD de qualificação de gestores do SUS (11 turmas na primeira edição e 16 na segunda); integrei o Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde como membro parecerista; fui tutora da RIS nas ênfases de Vigilância em Saúde, ênfase

---

<sup>8</sup> A Secretaria Estadual de Educação, conta com 30 Coordenadorias Regionais de Educação (CRE). A CRE representa a Secretaria na área de sua jurisdição e é responsável pelas políticas relacionadas às suas regiões. Tem como atribuições coordenar, orientar e supervisionar escolas oferecendo suporte administrativo e pedagógico para a viabilização das políticas da SEDUC; encaminhar pessoal qualificado para atuar nas escolas; gestão de seus recursos financeiros e de infraestrutura. A 1ª CRE tem sob sua jurisdição todas as 259 escolas estaduais de Porto Alegre.

<sup>9</sup> A Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul foi criada em 1962, pelo Decreto Estadual nº 13.812, de 11 de julho como órgão integrante da Secretária de Saúde. Quando de sua criação, tinha como finalidade realizar anualmente e de forma regular, cursos para a formação de técnicos nos diversos setores da Saúde Pública (Art. 2º).

<sup>10</sup> Período de 2008-2015 em que partidos/alianças exerceram o governo do Estado e por consequência da Secretaria da Saúde. PSDB, PT e PMDB no governo estadual e na secretaria da saúde PMDB, PDT e depois PT e PMDB.

<sup>11</sup> A Residência Integrada em Saúde (RIS) da ESP/RS é uma modalidade de educação profissional pós-graduada de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço (campos de prática), mediante trabalho sob supervisão. A “supervisão” é feita por trabalhadores dos serviços, designados para tanto, chamados preceptores. O acompanhamento do processo formativo dos residentes nos diferentes campos de prática é feito pela ESP (instituição formadora) por meio dos tutores de campo.

em que contribuí na concepção e implantação, Saúde Mental e Atenção Básica, acompanhando o processo de formação dos residentes nos campos de prática.

Nesta escola vivi momentos inesquecíveis. Aprendi também o significado de “coletivo” e o valor de uma “vida” diante dos interesses de quem está no poder ou sente-se como seu representante. Ou seja, essa experiência, vivida na ESP, deu novo sentido e significado para o termo coletivo, para o valor da vida humana na relação de forças, para o lugar das leis e sua manipulação por quem está no poder e da perversão como sintoma no laço social.

Falar aqui em perversão nos remete à psicanálise, no sentido que essa estrutura clínica, designada como perversão, indica a “possibilidade” de duas pessoas viverem o mesmo fantasma ou o fantasma do outro. Nesse caso, acreditam que estão igualmente no poder, ou íntimo a ele, existindo, assim, um gozo perverso em compactuar com o que ocorre, barganhando a vida do outro, um terceiro, ao mesmo tempo em que vivem a ilusão de estar intocáveis. Não apenas pactuam, como contribuem construindo fatos para determinadas situações, pela via do imaginário, como uma forma de colaborar com quem exerce o poder. Movimento de cooptação ideológico, mas também se poderia dizer que, via imaginário, se estrutura um laço social perverso.

Na ESP, fazendo-pensando<sup>12</sup> educação na saúde, os embates e as buscas não eram menores que os já vividos como responsável pela Saúde Escolar da 1ª CRE, fazendo-pensando saúde na educação. Nesse local, a luta por uma saúde pública que atenda de forma integral às necessidades das pessoas e dos coletivos, consolidando, assim, o SUS, se reflete naquilo que é inerente ao seu fazer: educação *em* e *na* saúde. Integralidade esta que, para ser efetivada, implica diversos fatores, entre os quais: as condições em que o trabalho se desenvolve, a formação dos trabalhadores, a vontade política dos dirigentes e as políticas que legitimam e direcionam este fazer.

---

<sup>12</sup> Analogia ao “*quefazer*” freiriano inerente ao processo em que me construo, como trabalhadora, no borramento de fronteira entre a educação e a saúde, na alternância entre formação e trabalho e entre o trabalho e formação. Um fazer (uma ação) e um pensar crítico sobre este fazer. Bem como ao Que Fazer? no qual Lenin aponta a importância da análise histórica para poder entender, planejar e concretizar a práxis. Uma teoria para a prática revolucionária organizada. Movimento na busca de uma “coerência entre ambos”, uma práxis (GRAMSCI, 1974, p. 41), exigindo a realização do inventário Gramsciano.

Nessa perspectiva, as problemáticas existentes nos serviços, no processo de trabalho, implicam na criação de estratégias, movimento este que enfrenta resistências, fazendo-se necessário ter presente quais as forças que estão em jogo. Desafio este que, na saúde, exige “superar sua própria base conceitual fundante, como por exemplo, o higienismo e o ideal liberal da medicina, que ainda são vigentes”<sup>13</sup>. A pesquisa de mestrado<sup>14</sup>, além da hegemonia<sup>15</sup> da concepção médico-centrada na área da saúde, desvelou como este fazer marca em suas manifestações, no graduando, uma concepção de mundo, de saúde e de ser médico.

É preciso ter presente, ainda, que o corporativismo médico é potente, incidindo diretamente na formação e no fazer em saúde de outros profissionais, bem como no atendimento às necessidades da população, num país com as dimensões e com as desigualdades do Brasil<sup>16</sup>. Ele está presente, por exemplo, na questão do ato médico, onde temos a imbricação entre o uso, o consumo, e a reserva de mercado, destes profissionais.

Podemos dizer que as “marcações” que trazemos se materializam no trabalho, nas pesquisas que não estão isoladas de questões existenciais, de lutas, da forma de ser e estar no mundo, pois a história não silencia e se articula com a história da sociedade na qual estamos inseridos. Manifesta-se em nosso fazer e pensar.

---

<sup>13</sup> Parecer da Professora Miriam Thais Guterres Dias, na banca de qualificação do projeto desta tese.

<sup>14</sup> Dissertação de mestrado apresentada em 16 de setembro de 2005 ao programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada “O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina: contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS”.

<sup>15</sup> A hegemonia corresponde à tese, defendida por Lenine, do proletariado como classe dirigente, ao mesmo tempo em que à prática desta direção. “A hegemonia supõe a ditadura do proletariado, quer dizer a coerção que a classe dominante faz necessariamente pesar sobre os grupos antagônicos. Mas é também direção intelectual e moral (cultural) de todos os aliados do proletariado, cujo consentimento se ganhou e cujo consentimento ativo se quer organizar” (GRAMSCI, 1974, p. 41).

<sup>16</sup> Em 2013, a OMS divulgou o estudo “Uma Verdade Universal: Não há Saúde sem Profissionais”, trazendo dados do Brasil, entre os quais: a proporção enfermeiro-médico é de 3.6:1, acima da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que é de 2.8:1; em relação à distribuição geográfica de médicos, a média nacional é de 17,6 médicos/10mil habitantes; no entanto, há grande disparidade nesta distribuição, havendo uma densidade de 40,9 médicos por 10.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro para 7,1 por 10.000 no estado do Maranhão. Tomando por base a população de 195.210hab (2010), há uma densidade de 81.4 profissionais de saúde qualificados por 10 mil habitantes.

Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/es/>>. Acesso em: jan 2015.

Assim, desenvolver este estudo buscando as estratégias desenvolvidas para o enfrentamento de contradições, e nas possibilidades das construções na apropriação possível do dia-a-dia e dos sentidos das práticas que transformam este mesmo dia-a-dia nos espaços da saúde, por seus trabalhadores, torna necessário identificar os campos de luta e o contexto social em que ações e políticas são produzidas. Para tanto, é fundamental dizer de onde se fala, dizer quem são aqueles que nos sustentam e qual o caminho percorrido.

### **Problema de Pesquisa**

As relações entre a Política de Educação Permanente em Saúde, as práticas na saúde e as implicações sobre a realidade dos trabalhadores nos serviços de saúde, no período de 2004 a 2015, no Rio Grande do Sul.

### **Questões de Pesquisa**

Qual o sentido de educação permanente para trabalhadores e gestores da saúde?

Onde estão e qual a práxis dos trabalhadores na educação permanente em saúde?

A educação permanente em saúde produz ou não alterações no processo de trabalho?

Que contradições se manifestam nesse processo em que os diferentes trabalhadores da saúde participam de implementação da política pública?

### **Objetivo Geral**

Conhecer, descrever, interpretar, explicar, e compreender as contradições que se manifestam nas relações entre a política nacional de educação permanente em saúde, a realidade dos trabalhadores e suas implicações nas práticas nos serviços de saúde.

### **Objetivos Específicos**

Conhecer o sentido de educação permanente para trabalhadores da saúde no Rio Grande do Sul.

Analisar as práxis dos trabalhadores na implementação da educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul.

### **Tese**

**A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz em si uma possibilidade de transformação das práticas e do processo de trabalho nos serviços de saúde, todavia a contradição capital-trabalho abre espaço para a separação entre o econômico, o político e o jurídico, em que o Estado se desresponsabiliza sem prover as condições necessárias para que os trabalhadores possam transformar suas práticas e realizá-las de forma a responder às necessidades de saúde da população.**

### **Teses secundárias**

A elicitación do conhecimento do trabalhador, apropriada pelo Estado, reproduz e extrai o valor excedente do resultado do trabalho e da mercadoria particular força de trabalho.

Há um descompasso entre a política pública e sua concretização nos serviços de saúde, conforme interesses presentes na relação de forças.

Em termos de organização, além de O Convite de Pandora<sup>17</sup>, no qual apresento alguns aspectos históricos da educação permanente e suas articulações com a economia e organismos internacionais, dialogando com entrevistados, com autores, com as memórias da pesquisadora, para construir a temática da pesquisa, o texto se constitui da seguinte forma:

No capítulo dois - Descaminhos e Caminhos da pesquisa: o fio de Ariadne<sup>18</sup> - apresento o processo de pesquisa e quem o sustenta. No capítulo três - De Projetos Interrompidos à Fênix<sup>19</sup> - retomo o processo da sociedade brasileira, buscando caminhos por onde entender saúde e políticas públicas de saúde, e a análise de estrutura da sociedade dialogam com a Educação Permanente e o retorno do que parecem projetos interrompidos, que como fênix, ressurgem em outro tempo.

No capítulo quatro - Uma longa caminhada: as tochas de Hécate<sup>20</sup> -

---

<sup>17</sup> Pandora recebeu de Zeus, como presente de casamento, uma caixa na qual cada deus colocara um bem. Pandora por descuido abriu a caixa, e todos os bens escaparam, exceto a esperança (BULFINCH, 2002).

<sup>18</sup> Ariadne, filha do rei Minos, deu a Teseu o fio que lhe permitiu sair do labirinto onde vivia o Minotauro (BULFINCH, 2002).

<sup>19</sup> A Fênix após ter vivido quinhentos anos, construía uma pira sobre a qual se colocava, e morria. De seu corpo surgia uma nova Fênix, destinada a viver também quinhentos anos. Após crescer e ter forças suficientes, a nova ave juntava as cinzas de seu progenitor e, as conduzia ao altar do deus solar (BULFINCH, 2002).

<sup>20</sup> Hécate deusa misteriosa, em princípio benéfica, concedendo aos homens seus favores. Seu poder se estendia do inferno, a terra e ao mar. Deusa dos caminhos com suas tochas guiava os homens. Senhora do visível e do invisível, tinha o poder de olhar para três direções ao mesmo tempo: o

desenvolvo as concepções de políticas públicas de saúde situando o Brasil, seguido da problematização acerca dos Trabalhadores da saúde nas contradições entre a política anunciada e a realizada para a Educação Permanente em geral, em particular a Educação Permanente em Saúde, e especificamente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Examinando as políticas de saúde, enquanto parte da superestrutura e de serviços. Neste longo caminho trazer a realidade dos trabalhadores da saúde envolve o debate sobre a Educação, Trabalho e Saúde, o SUS e a formação dos seus trabalhadores e singularmente o contexto gaúcho da Educação Permanente em Saúde.

Finalmente, no “Labirinto<sup>21</sup> e suas saídas”, retomo a tese, a questão central de pesquisa e os objetivos, dialogando teórica e metodologicamente com a temática, e apresento os achados de pesquisa.

---

passado, o presente e o futuro (BULFINCH, 2002).

<sup>21</sup> O Labirinto foi construído por Dédalo, de tal forma que ninguém seria capaz de deixar seu interior depois que houvesse nele entrado (BULFINCH, 2002).

## 2 DESCAMINHOS E CAMINHOS DA PESQUISA: O FIO DE ARIADNE

Quien escribe, teje.  
Texto proviene del latín, "textum" que significa tejido.  
Con hilos de palabras vamos diciendo,  
con hilos de tiempo vamos viviendo  
Los textos son como nosotros:  
tejidos que andan.  
Eduardo Galeano

Neste capítulo aponto o direcionamento teórico dialogando com diferentes autores, as questões metodológicas, apresento meus objetivos, a tese e descrevo o caminho percorrido no processo de pesquisa, os estudos existentes a partir de um levantamento da produção entre 2004 e 2013. Outros estudos podem ter surgido após este período, mas não fazem parte do levantamento inicial. No entanto, foram vistos posteriormente, em caráter sistemático, mas não essencial para o aprimoramento do problema de pesquisa.

Em Marx e Gramsci, o método de conhecer a realidade está associado à possibilidade de transformá-la, de desmistificar as leis econômicas e políticas que regem uma dada sociedade, mostrando-as como resultantes da ação e interação entre os seres humanos; portanto, como processo histórico. Entendendo, dessa forma, que essas leis econômicas e políticas não são naturais, nem absolutas e, muito menos, eternas. São feitas pelos homens e pelas mulheres, e podem por eles ser transformadas.

Nesse sentido, vejo a realidade como em constante movimento e, ao escolher a abordagem teórico-metodológica dessa pesquisa, o fiz compartilhando da concepção de que ela está relacionada mais a uma forma de conceber o mundo e de ler a realidade, do que a um conjunto de técnicas e procedimentos que compõem a metodologia. Tenho presente que esta opção significa, entre outras coisas, rejeitar a neutralidade do saber científico. Busco construir ideias predominantes entre as pessoas que participam do estudo e as ideias latentes. Entre as ideologias e a práxis.



Inserida na seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social, pela Constituição de 1988, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. O mesmo texto legal cria o Sistema Único de Saúde. A Lei 8080 de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, que por sua vez, é regulamentada, em 2011, pelo Decreto 7508 (BRASIL, 2011).

Passados 28 anos de sua criação, o processo de consolidação do SUS, no território nacional, não se mostra fácil, sendo permeado por avanços e recuos. Tanto a Constituição Federal de 1988 (Art. 200, inciso II) quanto a Lei 8080/90 (Art. 6º, inciso III) estabelecem como atribuição do SUS ordenar a formação de 'recursos humanos' na área da saúde. Nesse sentido, em 2004 é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ano que é tomado como recorte inicial desta tese. Da mesma forma, contextualizar a saúde no Brasil e dar visibilidade a situação da saúde no Rio Grande do Sul, nos permite entender as implicações desta política para os trabalhadores e às práticas nos serviços de saúde.

A partir do lugar que ocupo no mundo do trabalho, emerge a temática de estudo e deste lugar se constrói o problema de pesquisa, dizendo respeito à minha vida como trabalhadora da saúde e da educação na área da saúde.

Nesse sentido, analisar quais são e como se desenvolvem as contradições entre a política pública de educação permanente (propostas, documentos aprovados e sua implantação), as práticas na saúde e a realidade dos trabalhadores nos serviços, é o primeiro passo para compreender a lógica social que fundamenta as políticas públicas. Seja como operacionalização, seja a vivência deste processo no trabalho, ou sua implicação nas práticas de trabalho frente às necessidades de saúde da população brasileira e, nesta pesquisa, especificamente, a do Rio Grande do Sul.

Esta investigação é um Estudo de Caso, cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, sendo que "suas características são dadas por duas circunstâncias, principalmente: a natureza e abrangência da unidade/caso e a complexidade dada pelos suportes teóricos que servem de orientação" (TRIVIÑOS, 1987, p. 134). É uma investigação profunda que se baseia em diferentes metodologias e parte de múltiplas perspectivas da complexidade e singularidade do caso em questão, onde os dados subjetivos "são uma parte integral do caso. A maior

parte do que se chega, a saber, e compreender do caso, se consegue mediante a análise e a interpretação de como pensam, sentem e atuam as pessoas” (tradução minha) (SIMONS, 2011, p. 21; p.42). O Estudo de Caso não permite generalizações. Permite no máximo produzir generalidades sobre um tema, num tempo e num lugar específicos. Estuda o fenômeno, em seu contexto real e próprio. Busca investigar a particularidade de um caso singular, sua especificidade, valorizando as várias perspectivas dos participantes.

O fato de ser um estudo onde se aprofunda a descrição, a análise e o conhecimento de uma realidade delimitada, não significa, no entanto, desprezar as diversas determinações constitutivas desta realidade, fragmentando-a ou limitando-a de forma arbitrária, tendo em vista que,

(...) mesmo delimitado, um fato teima em não perder o tecido da totalidade de que faz parte indissociável (...) investigar dentro da concepção de totalidade concreta significa buscar explicitar, de um objeto de pesquisa delimitado, as múltiplas determinações e mediações históricas que o constituem. A historicidade dos fatos sociais consiste fundamentalmente na explicitação da multiplicidade de determinações fundamentais e secundárias que os produz (...) (FRIGOTTO, 2001a, p. 27-28).

Tendo em vista que as demandas do cotidiano de trabalho nem sempre seguem os caminhos traçados ou são previsíveis, mas exigem compromisso de quem o desenvolve aquilo que se projeta, nem sempre é realizável. Seja frente às condições materiais de existência que se tem, ou a intensidade do ritmo de trabalho, ou ainda, as injunções de acontecimentos nunca imaginados. Assim, frente à concretude do cotidiano, também na pesquisa, foi necessário modificar a metodologia e a proposta de trabalho de campo, inicialmente previstas e aprovadas no projeto de tese.

Quando mudou o local de meu trabalho, ou seja, quando fui para a Escola de Saúde Pública, minha concepção de mundo sofre influência, e abre outros horizontes. Nesse movimento, fui vivendo minha vida, pesquisando, trabalhando e isso me fez refletir sobre a própria pesquisa. Fui construindo vínculos com aquele local de trabalho. Por um lado, estar na ESP criou condição de acesso aos trabalhadores da saúde e particularmente às pessoas que pretendia entrevistar; contudo, por outro lado, ampliou os compromissos de e com o trabalho.

Estas vivências contribuíram e constituíram parte das atividades, da metodologia da pesquisa e considerando-as conhecimento construído no processo que resulta na tese, nelas busquei sustentação para a reflexão praxica. O inacabamento do humano e a inteireza do ser, proposta por Paulo Freire (2001), permitiram trazer as reflexões oriundas do mundo do trabalho para relacioná-las ao problema pesquisado. Serão citadas ao longo do texto.

A vivência e convivência com os trabalhadores da saúde, nos espaços da saúde, permitiram o acesso aos debates sobre as práticas e as reflexões teóricas acerca do que desafia estes trabalhadores em seu cotidiano. Aliado a isto, orientei muitos trabalhos de conclusão, na pós-graduação lato sensu, em diferentes cursos – Direito Sanitário; Binacional de Saúde Pública Brasil - Uruguai e Brasil - Argentina, desenvolvidos na fronteira, e com isso conheci os desafios do contexto de trabalho destes alunos, seus impasses, inclusive como secretários de saúde, onde a imediatividade das necessidades, frente às reflexões, leva ao dar-se conta de contradições que o constituíam, ao ter que resolver situações.

**E20:** (...) e isso eu digo da minha condição, quando eu fui gestor do município, e quando comecei a entrar no universo da gestão municipal, simplesmente é como se tivesse apagado aqueles anos de EPS e eu entrei nunca lógica de buscar mais cirurgias, mais consultas. Nunca me esqueço, e até me sinto meio envergonhado, que numa entrevista de rádio eu disse assim: este ano nós batemos *record* de cirurgias realizadas pelo município, e nunca aquele município tinha encaminhado tantas pessoas para a cirurgia. Era importante fazer cirurgia? Era. Mas aí que eu me dei conta que eu tava dando um enfoque para a saúde como uma coisa só assistencial, não era menos importante, mas aí comecei a me dar conta que eu tinha entrado num círculo de focar que saúde é fornecer assistência. E aí comecei a ver que não basta simplesmente você conscientizar um gestor, você conscientizar uma equipe, se você não tiver uma coisa de sistema. De potencia mesmo, não adianta querer conscientizar uma pessoa ali, um profissional, ou um usuário, que se o sistema não tiver oferecendo as ferramentas adequadas, EPS não entra na gestão, principalmente municipal.

O lugar como servidor é diferente quando ele é político e induz políticas públicas. Reflete ao estar num outro lugar sob o impacto deste fazer junto à comunidade. Outros orientandos, alunos dos cursos de pós-graduação, também traziam as questões oriundas de suas realidades com as pesquisas em TCC.

Na Residência, integrando a coordenação geral, em diferentes momentos,

fizemos a escuta do serviço, onde residentes afrontaram/confrontaram a coordenação do serviço apontando que a mesma nada sabia. Ou ainda, como avaliadora de Trabalhos de Conclusão da residência, onde ao longo do texto os estudantes repetiam, à exaustão, que o papel do residente é ensinar o não saber de quem o acolhe; que sua missão é ensinar o serviço. Situações que exigiram atitude e uma constante reflexão sobre que formação realizávamos e que intervenções fazer. Foi também neste espaço, que tive a oportunidade de participar da concepção e construção, a muitas mãos, de uma ênfase inovadora no formato, rompendo com os tradicionais núcleos profissionais, e na proposta. Uma ênfase por grandes áreas, pensada interdisciplinar e integrada. A ênfase de vigilância em saúde. Nesta ênfase, assim como na ênfase de saúde mental, o tutor de campo não tinha um papel fiscalizador, mas de acompanhamento de processo de formação, de seus impasses, recuos e avanços, um fazer permeado pela escuta do residente e do serviço, pelo diálogo, pelo estímulo ao vínculo e onde a prática confronta com as necessidades.

Além disso, desenvolver tutoria de campo de diferentes ênfases da residência me permitiu conhecer a realidade dos locais de prática, os serviços, suas necessidades, sua infraestrutura e seus trabalhadores. Assim fui constituindo um conhecimento prático e reflexivo no ambiente. Atravessamentos práxicos, em sua complexidade frente às políticas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, usando o recurso de caderno de orientação nas diversas reuniões, aulas, cursos, seminários, visitas aos municípios e serviços, além da legislação, documentos, dados estatísticos sobre o Rio Grande do Sul e revisão da literatura pertinente. A entrevista semiestruturada é um dos instrumentos básicos utilizados pela pesquisa qualitativa para a coleta de informações, visando apreender as concepções dos entrevistados sobre o tema de estudo e poder aprofundar a análise. Ela traz informações construídas no diálogo pesquisador-pesquisado, e na reflexão do entrevistado sobre aquela realidade que vivencia, evidenciando sua forma de ver o mundo. O critério para a seleção dos entrevistados foi o contato com trabalhadores e trabalhadoras que estiveram presentes nos mesmos ambientes de trabalho anteriormente referidos. O convite realizado por email, telefone ou pessoalmente foi aceito pela maioria e recusados por apenas dois convidados. Apresentaram como

justificativa o envolvimento político pessoal e o não reconhecimento da contribuição como valor. Uma das entrevistas realizadas foi descartada por não atender os critérios de inclusão.

A entrevista, conforme Minayo (2007, p. 65-66), é forma “privilegiada de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade”. Pois, cada entrevistado expressa de diferentes formas “a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos”. Quando analisada, a entrevista “precisa incorporar o contexto de sua produção” e, assim, “além da fala que é seu material primordial, o investigador” da área do conhecimento humano “terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano”.

Além disso, ao referir-se à pesquisa qualitativa, a autora salienta a importância do envolvimento do entrevistador com o entrevistado como uma postura que é “condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade”. Assinala que “a inter-relação que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum no ato da entrevista é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2007, p. 67-68).

A população desta pesquisa é constituída de trabalhadores da saúde municipais e estaduais, tanto da assistência e da vigilância quanto da gestão, com diferentes formações e de diversos setores ou serviços. São os trabalhadores da gestão que precisam implantar ou induzir as políticas públicas e os trabalhadores da assistência e vigilância em saúde os que têm que colocá-las em prática. São eles que interpretam, subvertem, adaptam estas políticas a seu próprio contexto, à sua necessidade e sua experiência. Não desconhecemos a importância dos usuários, do controle social e das instituições de ensino na construção do SUS, mas, nesta pesquisa, nos detivemos nos trabalhadores da saúde, entrevistados em seu ambiente de trabalho ou local por eles indicados.

Tendo em vista que na pesquisa qualitativa, conforme Triviños (2001), a população é considerada como uma referência, e o tamanho da amostra é determinado pelo pesquisador, conforme as necessidades e o desenvolvimento do estudo, foram entrevistados 20 trabalhadores de saúde, da assistência, gestão, vigilância, incluindo secretários municipais de saúde, de cinco das sete

macrorregiões de saúde do estado do RS.

As entrevistas tiveram como questões orientadoras: a) O que é para você Educação Permanente em Saúde? b) Em sua opinião como a EPS vem se materializando nas práticas nos serviços de saúde? Exemplifique; c) Poderia me dar um exemplo da efetivação da EPS no seu espaço de trabalho? d) Há impacto do processo de EPS na resolução de situações existentes em seu local de trabalho, no processo de trabalho? e) Que espaço existe para a EPS no seu local de trabalho? f) Você observa mudanças na Política de EPS? g) Gostaria de acrescentar alguma coisa que julga pertinente e que eu não perguntei?

Nas entrevistas com os trabalhadores na função de secretários municipais da saúde as questões orientadoras foram: a) O que é para você Educação Permanente em Saúde? b) Que espaço há nas reuniões regionais dos gestores para EPS? c) Como a EPS é efetivada em seu município? d) Você percebe mudanças nas práticas, nos serviços e retorno para a população do município com a EPS? Exemplifique. e) Que limites e que possibilidades você vê para concretização da política de EPS no seu município e no RS? f) Você observa mudanças na Política de EPS? g) Gostaria de acrescentar alguma coisa que julga pertinente e que não perguntei?

A última das entrevistas foi coletiva, tendo em vista que quando reunidos, os trabalhadores, emergem dados novos da discussão efetivada entre eles. Esta entrevista teve duração de aproximadamente quatro horas e contou com seis (6) participantes. As questões orientadoras foram: a) O que é para vocês Educação Permanente em Saúde? b) Qual é a maior dificuldade que vocês enfrentam para desenvolver o seu trabalho, como equipe, e quais as necessidades de formação? c) A EPS contribui para o trabalho das equipes? Podem dar um exemplo disso? d) Vocês têm espaço regular para discutir situações do trabalho, seus desafios? Há tempos regulares para o exercício da EP na sua equipe? e) Vocês observam mudanças na Política de EPS? f) Vocês gostariam de acrescentar alguma coisa que julgam pertinente e que não perguntei? As questões b, c e d foram incluídas como resultado de indagações emergentes das entrevistas prévias.

A ênfase durante a entrevista coletiva não foi colocada na interação entre os participantes, mas sim nas suas perspectivas sobre o tema. Além disso, a relação de

trabalho entre os trabalhadores e com o pesquisador é diferente quando a entrevista é individual ou coletiva. A entrevista coletiva, realizado no município indicado pelos trabalhadores de uma mesma macrorregião, fez com que o grupo desencadeasse um processo de debate que trouxa à tona situações do mundo do trabalho, situações internas deste mundo, que não surgiram de outra forma. No entanto, para a construção deste texto as falas dos entrevistados são analisadas enquanto unidades a fim de impedir a identificação de município e dos entrevistados, inclusive sendo numerados de modo aleatório.

Estabeleci como critérios básicos para seleção dos entrevistados, ser trabalhador da saúde, independente de titulação profissional, com tempo de serviço superior a seis meses sem interrupção desta permanência naquele local e função. Os trabalhadores que participaram da pesquisa, em sua maioria têm curso superior, em diferentes áreas, entraram no serviço público por concurso, atendem os critérios acima e aceitaram participar da pesquisa.

Atribuí neste texto, a cada participante, a letra **E** seguida de um número, de modo a assegurar o anonimato e não na sequência de realização das entrevistas. A escolha do número de entrevistados foi intencional, apoiado no critério de saturação, ou seja, quando o conteúdo das entrevistas, em conformidade com os objetivos deste estudo, tornou-se repetitivo.

A pesquisa envolvendo seres humanos implica no respeito a sua dignidade, sua autonomia e, exige consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que dela participam, sendo garantido o sigilo e anonimato que assegure sua privacidade em relação às informações confidenciais envolvidas no estudo.

Assim, a cada um dos participantes, esclareci que se tratava de uma pesquisa acadêmica, que conta com a orientação e amparo legal do Programa de Pós-Graduação em Educação, ao qual me vinculo, na UFRGS. O Projeto desta Pesquisa foi qualificado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob nº sob nº 2008043. A cada um dos sujeitos da pesquisa entreguei Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>22</sup> (Apêndice A), que foi assinado pelos participantes da pesquisa, formalizando o compromisso com as questões éticas, bem como de devolver aos

---

<sup>22</sup> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeita a Resolução CNS 466/2012, que se encontra disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: jan 2013.

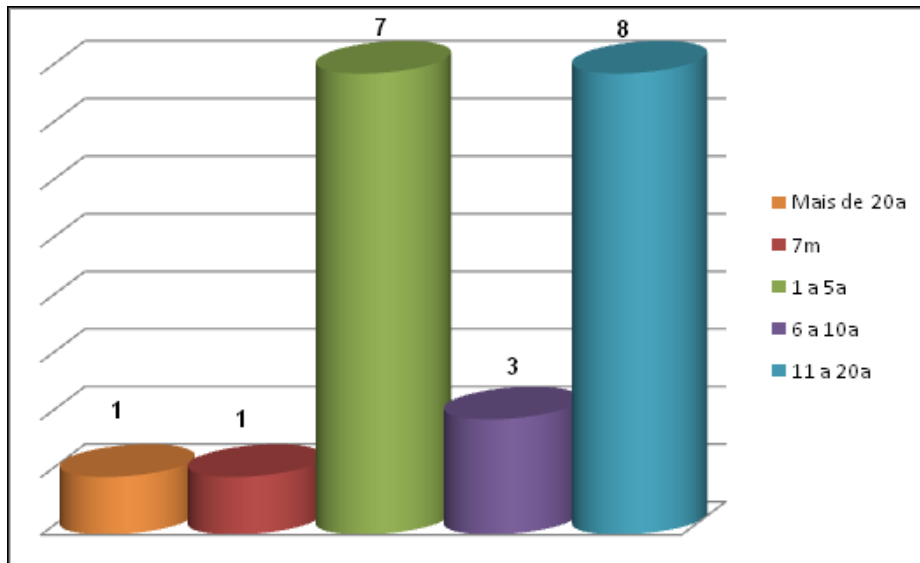
mesmos os resultados deste estudo.

Dos vinte (20) sujeitos de pesquisa, seis (6) são do sexo masculino e catorze (14) do sexo feminino; Quanto ao enquadramento funcional, quinze (15) são estatutários: dois (2) servidores estaduais, um (1) servidor estadual municipalizado e doze (12) servidores municipais, sendo que um (1) deles é secretário municipal de saúde; cinco (5) são cargos em comissão (CC), sendo que, destes, dois (2) são secretários municipais de saúde, dois (2) são agentes de saúde e um (1) diretor municipal de saúde.

Quanto à atividade realizada oito (8) trabalhadores estão na assistência; sete (7) estão na gestão e cinco (5) na vigilância em saúde. Em relação ao local de trabalho temos três (3) em UBS, dois (2) em CAPS, dois (2) em hospital, cinco (5) na vigilância, um (1) DST/AIDS/TB/HAN, cinco (5) na gestão de secretarias municipais de saúde e dois (2) na gestão da saúde estadual. Dos vinte (20) participantes, dezessete (17) são servidores municipais, um (1) é servidor estadual municipalizado e dois (2) são servidores estaduais. O gráfico a seguir ilustra o tempo de serviço dos participantes.

### **Gráfico 1 – Tempo de serviço dos entrevistados**

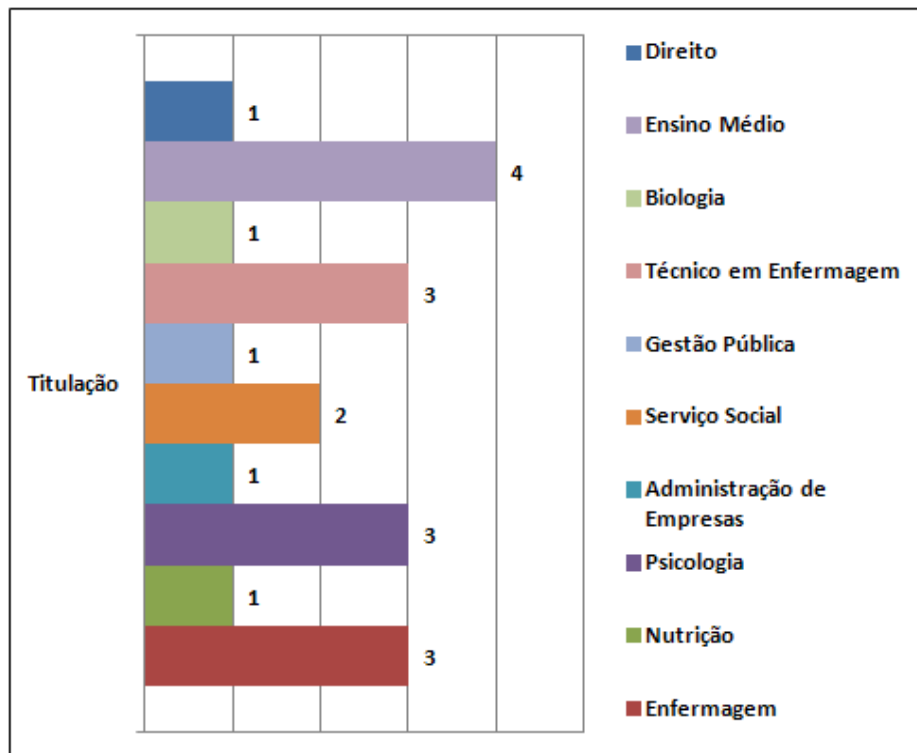




Fonte: elaborado pela autora.

No que se refere à formação dos participantes, treze (13) possuem curso superior, quatro (4) possuem curso de ensino médio e três (3) possuem curso técnico. Oito (8) são pós-graduados em nível de especialização.

**Gráfico 2 – Titulação dos entrevistados**



Fonte: elaborado pela autora a partir do material empírico

O tempo das entrevistas atendeu a disponibilidade de horário dos entrevistados, bem como seu interesse e necessidade em falar, durando em média uma hora e trinta minutos, efetivados em local adequado, para resguardar o sigilo, a confidencialidade e a identidade dos sujeitos partícipes. Foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra, e revisadas as transcrições com nova audição pela pesquisadora. Ao trazer as falas dos entrevistados, utilizei reticências entre os parênteses para indicar que há uma antecedência ou continuidade na fala, ou sempre que há risco do entrevistado ser identificado, bem como para indicar pausas para pensar ou interrupções.

No caderno de orientação, registrei sistematicamente reflexões, associações, dúvidas que me surgiram, tanto em relação aos fatos, quanto às questões teóricas. Examinei novamente este material acompanhado dos registros de leituras no momento da análise interpretativa, e de compreensão do fenômeno estudado, num processo chamado de leitura flutuante.

Realizei o inventário do material da legislação nacional e estadual, e também em documentos de organismos internacionais disponíveis na Internet. Fiz uma busca na literatura, referente a educação permanente, a educação permanente em saúde, pesquisei autores que tratam da Reforma Sanitária, da Saúde Pública no Brasil, da educação em e na saúde, da relação entre Trabalho, Educação e Saúde.

Desenvolvi ainda, um levantamento da literatura para conhecer parte do que foi produzido em relação ao tema. Dessa forma, a revisão permitiu identificar a quantidade de estudos publicados em bases de dados e as abordagens feitas pelos autores. Estabeleci descritores, defini as bases para busca, defini os critérios de inclusão para seleção das produções, construí uma tabela contendo ano, título do trabalho, resumo, autor e procedência, para registro dos dados coletados e identificação do panorama geral do resultado desta busca.

Efetuei o levantamento das produções acadêmicas por meio de consulta a base de dados SciELO – *Scientific Eletronic Librari Online*, e a base de dados de dissertações e teses Capes – Portal Domínio Público. A busca nestas bases de dados foi realizada no período compreendido entre janeiro e agosto de 2013. Em ambas as bases utilizei o descritor educação permanente em saúde, sendo que na

base de dados do Portal CAPES ampliei a busca usando o descritor educação permanente, inventariando a produção indexada entre 2004 e 2013.

Na base SciELO utilizei o método integrado em artigos Brasil, utilizando o descritor educação permanente em saúde. Localizei cento e oitenta e dois (182) artigos publicados entre os anos de 2004 e 2013. Delimitei o ano de 2004 como data de início, tendo em vista que foi neste ano que foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Coloquei os achados em um quadro contendo ano de publicação, título do trabalho, resumo quando disponibilizado, autor(es) e referência. Procedi à análise do quadro.

Foi uma amostra por conveniência, selecionando artigos pertinentes a este estudo e por atenderem aos critérios de inclusão: estar em língua portuguesa ou espanhola, ter sido publicado entre os anos de 2004 e 2013, trazer no título educação permanente ou educação permanente em saúde, disponibilizar resumo completo, reflexão, análise ou crítica à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Como critério de exclusão, artigos oriundos de publicações/autores não latino americanos. Foram descartadas cinco (5) publicações repetidas e excluídos cento e vinte e sete artigos (127), por não atenderem aos critérios de inclusão definidos, predominantemente ausência de resumo e não apresentar o termo EPS no título, período de publicação. Ficaram cinquenta (50) artigos, colocados em um novo quadro, agrupados por ano de publicação. Acessei então os textos completos, colocando-os em pastas, por ano e procedi à leitura dos mesmos. Após leitura dos textos, selecionei nove artigos que atendem aos objetivos deste estudo e que são utilizados ao longo do texto. Os artigos selecionados podem ser visualizados no quadro a seguir.

Quadro 1 – Artigos selecionados - Base de Dados SciELO

Ano	Título	Autor(es)	Referência
2004	Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde	MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos.	Rev. bras. enferm. 57(5): 605-610, 2004 Oct.
2005	Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde	CECCIM, Ricardo Burg.	Ciênc. saúde coletiva 10(4): 975-986, 2005 Dec.
	Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário	CECCIM, Ricardo Burg.	Interface (Botucatu) 9(16): 161-168, 2005 Feb
	Comentarios estimulados por la lectura del artículo Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário (espanhol)	ROVERE, Mario	Interface (Botucatu) 9(16): 169-171, 2005 Feb.
2009	Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde	MUROFUSE, Neide Tiemi; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; MUZZOLON, Arlene Benini Fernandes; NICOLA, Anair Lazzari.	Rev. Latino-Am. Enfermagem 17(3): 314-320, 2009 Jun
	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	PEDUZZI, Marina; DEL GUERRA, Débora Antoniazzi; BRAGA, Carina Pinto; LUCENA, Fabiana Santos; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da.	Interface (Botucatu) 13(30): 121-134, 2009 Sep.
	Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná	NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; BUENO, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes; SILVA e ALMEIDA, Daniel Carlos da; REZENDE, Lázara Regina de; CARVALHO, Gisele dos Santos; DURÁN GONZÁLEZ, Alberto.	Interface (Botucatu) 13(30): 209-219, 2009 Sep.
2011	Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.	STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCCHÉ, Denise Antunes Azambuja.	Trab. educ. saúde; 9(3); 505-519; 2011-11.
2013	Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço	FERRAZ, Fabiane; BACKES, Vânia Marli Schubert; MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LINO, Mônica Motta.	Ciência & Saúde Coletiva, 18(6): 1683-1693, 2013.

Fonte: Elaborado pela autora

Na Base de dados de dissertações e teses da Capes – Portal Domínio Público, busquei teses e dissertações produzidas no período compreendido entre 2004 e 2013, utilizando o descritor educação permanente em saúde. Foi necessário o uso do descritor educação permanente para ampliar os achados. Localizei quarenta e uma (41) produções. Cada um dos achados foi colocado em um quadro contendo ano, título, autor, ano de defesa, instituição de origem e resumo quando disponibilizado.

Procedi a uma primeira análise do quadro, utilizando como critérios de inclusão: disponibilizar resumo completo, trazer no título educação permanente ou educação permanente em saúde, trazer nos descritores educação permanente em saúde, ter sido produzida no período de 2004 a 2013, trazer discussões, análise ou crítica à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Excluí vinte e quatro (24) produções por não atenderem aos critérios de inclusão. Não localizei produções relativas aos anos de 2011, 2012, 2013. Elaborei um segundo quadro, agrupado por ano, num total de 17 produções: 3 teses e 14 dissertações, distribuídas da seguinte forma: 2006 – 1 dissertação e 1 tese; 2007 – 3 dissertações; 2008 – 2 dissertações; 2009 – 5 dissertações e 2 teses; 2010 – 3 dissertações. Realizei a leitura na íntegra do material selecionando. Destaquei cinco produções: 2 teses (2006, 2009) e 3 dissertações (2008 e 2009), que atendiam aos objetivos e os critérios de inclusão desta pesquisa, e sintetizadas no quadro abaixo.

**Quadro 2 - Teses e Dissertações selecionadas - Base de dados Capes**

Ano	Nível	Título	Autor	Instituição
2006	D	A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG	Beatriz F Farah	UERJ
2008	M	Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Fábio Pereira Bravin	UNB
2009	M	Análise das ações desenvolvidas pelo polo de educação permanente em saúde de Mato Grosso no período de 2003 a 2007	Vera Lúcia dos Anjos	UFMT
2009	M	A reestruturação organizacional do modelo de saúde e o processo de educação permanente no SUS	Josefa Jesus Borges	FUFSE
2009	D	Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS	Fernanda O Sarreta	UNESP

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os trabalhos selecionados, entre dissertações e teses, artigos, somente um autor tem dois artigos incluídos. Os demais autores, trinta e dois (32) são diversos entre si, evidenciando uma amplitude de instituições que pesquisam a temática e a ampla variabilidade de autorias.

Busquei dados socioeconômicos e situação de saúde sobre o Rio Grande do Sul, na Fundação de Economia e Estatística (FEE), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Realizei levantamento das Resoluções emitidas pela Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul (CIB RS)<sup>23</sup>, de 2004 a 2014 que faziam referência à Educação Permanente em Saúde. Para tanto percorri o índice de cada ano identificando na coluna assunto o foco da Resolução. Cada documento pertinente foi salvo e colocado em pasta identificada por ano. Concluída esta etapa, fiz a leitura de cada uma das Resoluções e elaborei um quadro especificando ano, número da Resolução, assunto, instituição/ação e valor, quando esse estava especificado. No período referido a CIB RS emitiu 4.897 Resoluções, destas 21<sup>24</sup> não estavam disponíveis na época do levantamento e 93 referiam-se a EPS: cinco (5) em 2004; oito (8) em 2005; três (3) em 2006; cinco (5) em 2007; catorze (14) em 2008; oito (8) em 2009; catorze (14) em 2010; doze (12) em 2011; oito (8) em 2012; onze em 2013 e quatro (4) em 2014. O quadro abaixo agrupa por ano os números das Resoluções da CIB, constante no capítulo 4, item 4.8.

**Quadro 3 - Resoluções CIB RS 2004 a 2014 referentes a EPS**

Ano	Resoluções
2004	67, 139, 147, 172, 173
2005	17, 126, 127, 143, 158, 180, 235, 241
2006	113, 167, 185
2007	143, 170, 202, 245, 257
2008	77, 78, 124, 125, 126, 212, 232, 266, 292, 293, 307, 314, 317, 323
2009	45, 66, 102, 190, 196, 217, 329, 330
2010	22, 98, 138, 140, 141, 173, 275, 316, 315, 383, 395, 434, 435, 437
2011	47, 48, 153, 206, 207, 322, 323, 324, 424, 508, 509, 510
2012	36, 86, 153, 215, 216, 352, 503, 556
2013	65, 104, 105, 173, 240, 288, 344, 465, 589, 590, 599
2014	61, 104, 106, 756

Fonte: Elaborado pela autora a partir de informações da CIB/R

<sup>23</sup> Resoluções CIB RS. Disponível em:

<[http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es\\_da\\_CIB-RS](http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es_da_CIB-RS)>. Acesso em: jan. 2015.

<sup>24</sup> Estavam indisponíveis as Resoluções: 417 de 2013; 181, 188, 190, 220, 239, 240, 242, 261, 262, 263, 264, 267, 383, 384, 385, 386, 658, 659, 724, e 725 de 2014.

Na revisão da literatura busquei autores clássicos, já estudados nas disciplinas do Programa de Pós Graduação em Educação (PPGEDU) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), autores da educação, trabalho e saúde, de diferentes décadas, até os dias de hoje. Retomei estes autores e dialoguei com eles ao longo do texto, para construção da análise, juntamente com autores mais recentes acerca da temática.

Fiz uma leitura das informações coletadas nas aproximações iniciais com o campo de pesquisa, na legislação, em documentos e textos de autores, da área de conhecimento, selecionando as informações e dados que seriam mais relevantes para o estudo. Realizei, então, uma releitura cuidadosa, fazendo o fichamento de livros e de documentos, que possibilitou deter atenção no conteúdo manifesto como também no conteúdo latente, pois estes abrem perspectivas para descobrir ideologias, tendências e outras características do fenômeno em estudo.

A análise das informações acompanhou todo o processo de investigação, com leitura sistemática e recorrente de todos os documentos, textos e registros por mim produzidos durante a pesquisa. Procurei ver o que os teóricos diziam a este respeito e fui localizando os autores que tratavam de temáticas semelhantes ou possíveis de serem aproximadas. As informações coletadas aparecem ao longo de todo texto, buscando uma aproximação sucessiva, para entendimento do objeto de estudo e de sua explicação/compreensão.

Separei, então, as categorias que mais apareciam no conjunto das informações coletadas, quais sejam: SUS, educação permanente, educação permanente em saúde, política pública, políticas de saúde, práticas na saúde, processo de trabalho, formação dos trabalhadores da saúde.

Redigi uma análise preliminar destas categorias, como construção inicial do texto, retomando os objetivos, as perguntas, procurando/tentando localizar as possíveis respostas/evidências existentes. Procurei entender o sentido da educação permanente em saúde para os entrevistados e a organicidade dos mesmos em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, buscando retirar das entrevistas o que pudesse esclarecer, ou seja, apreender a totalidade do fenômeno em estudo, a fim de descobrir as características fundamentais deste processo, buscando compreender seus sentidos e suas contradições. Contradições

que, na particularidade do contexto histórico em que se inserem, revelam a especificidade do que investigo.

Li e reli o texto, buscando, nas informações coletadas e na teoria, a retomada fundamental para interpretar o material, fazendo as ligações entre as contingências do fenômeno e o necessário. Ou seja, a condição para sua existência, na historicidade do processo de sua constituição, puxando os fios que tecem a historicidade do processo da educação permanente na saúde.

Neste sentido, me deparei com o trabalho. Trabalho que constrói obras, que indissocia processos, procedimentos, autores, mitos e lutas, a partir de uma base material, e dá aos aglomerados uma feição de humano, estabelecendo os fios e construindo o tecido que é coletivo e social. As transformações econômicas levam a alterações materiais "que se pode comprovar de maneira cientificamente rigorosa" e imateriais - formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas - em resumo, "das formas ideológicas pelas quais os homens tomam consciência desse conflito" (MARX, 1977, p. 25). Esse movimento não se reduz a uma tabela de dupla entrada.



### 3 DE PROJETOS INTERROMPIDOS À FÊNIX

No meio das trevas, sorrio à vida, como se conhecesse a fórmula mágica que transforma o mal e a tristeza em claridade e em felicidade. Então, procuro uma razão para esta alegria, não a acho e não posso deixar de rir de mim mesma. Creio que a própria vida é o único segredo.  
Rosa Luxemburgo

Projetos interrompidos apontam a necessidade de um inventário do Estado vivido na sociedade brasileira. Assim, tomando diretamente as palavras de Marx na *Crítica da filosofia do direito de Hegel*,

Como se o povo não fosse o Estado real. O Estado é um *abstractum*. Somente o povo é o *concretum* (...) não é a constituição que cria o povo, mas o povo a constituição. (...) O Estado moderno é um compromisso entre o Estado político e o não político (...) (MARX, 2010, p. 48-51).

A concepção de “Estado real” pode ser considerada como origem do conceito de Estado ampliado desenvolvido por Gramsci e atualizado na obra recente de Mascaro (2013).

(...) A constituição se desenvolveu como a razão universal contraposta às outras esferas, como algo além delas. A tarefa histórica consistiu, assim, em sua reivindicação, mas as esferas particulares não têm a consciência de que seu ser privado coincide com o ser transcendente da constituição ou do Estado político e de que a existência transcendente do Estado não é outra coisa senão a afirmação de sua própria alienação. (...) A constituição não é senão uma acomodação entre o Estado político e o Estado não político (...) Se se deve falar da constituição como um particular, ela deve ser considerada, antes, como uma *parte* do todo (MARX, 2010, p. 48; 76).

A sociedade civil é Estado, artificialmente separada deste, por necessidade do capital. O Governo, como espaço de operacionalização de um ideário burguês hegemônico, como parte da sociedade política, ancorado na sociedade civil, institui ações que atendem às necessidades das classes dominantes. Nessa perspectiva o “Estado é o instrumento para adequar a sociedade civil à estrutura econômica” (GRAMSCI, 1974, p. 135).

Adequação que não é linear e apresenta truncamentos, tendo em vista que:

(...) na reprodução social, as formas sociais se apoiam e se coadunam. No entanto (...) não há uma espécie de implicação lógica entre si e nas próprias formas sociais. (...) a forma política estatal é fundamental à reprodução da sociabilidade do capitalismo, mas, ao se assentar como forma de um poder separado dos próprios agentes econômicos, ela pode até mesmo, eventualmente, ser disfuncional e contrária aos interesses da valorização do valor. Atravessado pelas pressões e pelos conflitos sociais de modo específico, o Estado pode se revelar um opositor de determinadas relações econômicas do capital (MASCARO, 2013, p. 24).

Situação que observamos recentemente no Brasil, quando da destituição da Presidente da República, na qual seguindo o “ritual processual” foi legitimada, juridicamente, “a retidão da decisão”. Pela alteração na relação de forças iniciou-se um processo cuja decisão final já estava definida antes mesmo de começar.

O Estado, na especificidade do capitalismo, para produzir coesão, consenso e direção precisa parecer estar acima dos interesses de classes ou grupos compostos por cidadãos, sujeitos de direito livres para contratar entre si e com outros. O capital engendra o Estado, como forma necessária para manutenção da acumulação, concentração e centralização como processo de reprodução ampliada do capital. O capital é causa da existência, do conteúdo e da forma do Estado. Nesse sentido,

O neoliberalismo não é uma política dos capitais contra os Estados, é uma política dos capitais passando pelos Estados (...) o neoliberalismo não é a abolição da forma política estatal, mas antes, a sua exponenciação. (...) No entanto, a ampla circulação mundial do capital (...) não representa a derrocada da relação entre forma-mercadoria, forma política e forma jurídica, cujos vínculos são necessários em todas as dinâmicas capitalistas, tampouco logra apagar as marcas e os impactos da contradição social ou da luta de classes (MASCARO, 2013, p. 124-5).

O Estado é este terceiro engendrado pelo capital necessário à sua existência. O governo é a forma como cada grupo estabelece a forma de gerir, administrar, conduzir, planejar, propor políticas públicas, que podem variar conforme o grupo condutor, e organizam para um período de tempo delimitado (no caso “democrático” 4 ou 5 anos, na ditadura conforme sua duração) a sociedade política para exercer seu controle sobre a sociedade civil, conforme Gramsci.

Nesse contexto se insere o SUS, que ao inventariarmos nos revela contradições por dentro do Estado. Se, por um lado, temos um rico processo de luta que garantiu a sua construção e criação legal, por outro, o processo de formação de

seus trabalhadores parece não se articular nessa direção. Cabe lembrar que instituições de saúde e instituições de ensino são alguns dos espaços nos quais se produz cultura e, portanto, são arena de luta por hegemonia. As estratégias de abordagem do problema que elaboramos para o enfrentamento dessas contradições tendem a se transformar, na medida em que não há uma forma única de vivenciar e resolver os problemas que decorrem do cotidiano por aqueles que trabalham e compreendem saúde e saúde pública, visto que neste *quefazer* se expressam concepções de mundo e projetos de sociedade.

Adoto aqui o termo saúde pública, já defendido quando da qualificação do projeto de pesquisa, e não saúde coletiva para demarcar o dever do Estado em relação à saúde. Não se trata da saúde pública tradicional ou clássica, higienista, campanhista, calcada nas práticas e concepções biomédicas. Não desconheço a discussão e trajetória dos dois termos, seus pressupostos e momentos históricos de constituição. No entanto, optei pela demarcação do público e dever do Estado, tendo presente que este se constitui de sociedade política mais sociedade civil, pressupondo a efetiva participação popular, quer o chamado controle social, quer na articulação política.

A dificuldade maior decorre do descompasso entre as formas de compreender o mundo, principalmente quando se fala do mundo dos trabalhadores, e, em específico aqui, dos trabalhadores da saúde, e o seu “quefazer”. Conforme o glossário temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, trabalhador de saúde é o indivíduo que “se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor” (BRASIL, 2012, p. 39). Salientam que o mais importante para esta definição é “a ligação com o trabalho no setor ou atividade de saúde”. Neste estudo, uso o termo trabalhador para todos que recebem salário, em troca de trabalho, tendo ou não formação universitária, sem distinguir profissão ou profissionalidade, de contratação por tempo ou por tarefa.

Como nos aponta Gramsci (1974) podemos por assim dizer que no ser humano existem duas consciências: “uma implícita no seu agir e que realmente o une a todos os seus colaboradores na transformação prática da realidade, e outra

superficialmente explícita que herdou do passado e acolheu acriticamente” (GRAMSCI, 1974, p. 40-41). Assim, a forma de organização deste estudo centra-se nas estratégias desenvolvidas para o enfrentamento de contradições, e nas possibilidades das construções na apropriação possível do dia-a-dia, buscando os sentidos das práticas que transformam este mesmo cotidiano nos espaços da saúde e em espaços de saúde. Para tanto, se faz necessário identificar os campos de luta, seja junto às práticas dos trabalhadores, seja junto aos espaços políticos que expressam formas de ser em sociedade: as políticas públicas<sup>25</sup>.

As políticas públicas não são estratégia, mecanismo ou instrumento técnico e neutro e compreendê-las implica necessariamente ter presente o contexto social em que são produzidas.

A política e as políticas públicas, embora entidades diferentes se influenciam de maneira recíproca. Ambas estão ligadas ao poder social, sendo política um conceito mais amplo e políticas públicas respostas ou estratégias mais específicas a uma determinada sociedade, num determinado período histórico, expressando uma concepção de Estado e de sociedade. Em outras palavras, “uma prática de embates e conflitos de interesses, de posições e percepções do mundo, que produz acordos momentâneos e dinâmicos e que, em última instância, expressa uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade” (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 101).

Cabe assinalar também, a questão das Redes de Políticas (Policy Network). De acordo com Capella e Brasil (2014) tal perspectiva

---

<sup>25</sup> Embora o foco desta tese não seja análise de políticas públicas, cabe destacar e especificar os três termos usados para designar as diferentes dimensões das políticas: “**Polity**: utilizada para denominar as instituições políticas, ou seja, diz respeito à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo. Compreende a análise das instituições políticas e das questões administrativas da burocracia estatal. Situam-se nesta dimensão os aspectos estruturantes da política institucional, como as formas de governo, estrutura e funcionamento do legislativo, do executivo e do judiciário; **Politics**: refere-se ao processo político, geralmente de caráter conflituoso, no que tange à determinação de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição. Por se referir ao processo político, abrange a competição pelo poder e a disputa pelos recursos do Estado, que são marcadas tanto por conflitos como pela colaboração entre forças políticas e sociais, de acordo com os assuntos e interesses em jogo. A esta dimensão das políticas pertencem questões como as relações entre o poder executivo, legislativo e judiciário, o procedimento de tomada de decisão que ocorre nos governos, a atuação e influência das forças políticas nos governos, as relações entre Estado, Governo e Sociedade, dentre outros; **Policy**: diz respeito aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas. Elas constituem as políticas públicas propriamente ditas, isto é, correspondem à atuação do Estado, como resultado da política institucional (*polity*) e processual (*politics*)” (FREY, 2000, p. 216-217).

(...) permitiu o desenvolvimento de explicações sobre o relacionamento entre o Estado e os diferentes grupos que buscam influenciar a produção de políticas públicas, por um lado, e o interesse do próprio Estado em obter apoio desses grupos. (...) a perspectiva de redes e comunidades de políticas tem se expandido, sobretudo a partir dos anos 1990. Em tais abordagens, os diferentes tipos de relacionamento estabelecidos entre os diversos atores (estatais e não estatais), desenvolvidos num contexto institucional específico, explicam as formas pelas quais o sistema político produz as políticas públicas (...) essa perspectiva considera que, além da pluralidade de grupos que podem se reunir em torno de uma política, o fator fundamental para o entendimento das políticas públicas são os padrões de relacionamento estabelecidos entre esses grupos de atores (CAPELLA; BRASIL, 2014, p. 71-72).

No Brasil e especificamente no RS, neste momento, estão visibilizadas como modo de organização na Rede Governo Colaborativo em Saúde<sup>26</sup>, no EducaSaúde<sup>27</sup> e na REDESCOLA<sup>28</sup>, entre outras.

---

<sup>26</sup> A Rede Governo Colaborativo em Saúde surgiu “de uma parceria interinstitucional entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do Protocolo de Cooperação firmado em maio de 2011. O escopo do protocolo de intenções visa a promoção de intercâmbio e ações em rede entre instituições de ensino e pesquisa, entre órgãos de gestão da saúde e entre movimentos de educação e cultura da saúde, do Brasil e de outros países, entre outros. O Protocolo prevê atividades, entre as quais: promover intercâmbio e ações em rede entre as instituições de ensino e pesquisa, entre órgãos de gestão da saúde e entre movimentos de educação e cultura da saúde, do Brasil e de outros países, por meio de atividades técnicas, de ensino, pesquisa, de desenvolvimento e de ações científico-acadêmicas, organizando e coordenando redes interinstitucionais de apoio e construção da gestão democrática e participativa na saúde; identificar e analisar iniciativas e projetos de interesse na cooperação e com potencialidade de fortalecer a gestão democrática e participativa, a educação em saúde e políticas desenvolvidas pelo SUS; desenvolver programas de pesquisa, educação permanente, articulação interinstitucional, apoio a gestão, monitoramento e avaliação, disseminação científica e outras atividades; mobilizar recursos físicos, técnicos, financeiros e pessoal capacitado disponíveis nas respectivas instituições que, a juízo das mesmas, possam contribuir e fortalecer a cooperação entre ambas. Uma de suas atividades é a **Avaliação e Educação Permanente das Redes de Atenção no Programa Nacional de Serviços de Saúde (PNASS)**. Tem como apoiador/financiador o Ministério da Saúde. Entre seus objetivos constam: “avaliar os serviços de média e alta complexidade; pesquisar a satisfação dos usuários e as condições e relações de trabalho buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade em suas diferentes dimensões nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba e São Paulo; incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde; ser instrumento de apoio à gestão do SUS; produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde; incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde; implementar padrões de conformidade dos serviços de saúde; possibilitar a observação de experiências exitosas para melhoria da qualidade local; desenvolver ações de educação permanente nos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS. Entre suas ações encontram-se: realização de pesquisas avaliativas em campo nos ambulatórios e hospitais em diversos municípios do país no âmbito do PNASS em parceria com outras instituições de ensino e pesquisa; realização de pesquisas comparadas sobre sistemas de saúde de diferentes países, em particular em relação à atenção básica/primária e disseminar conhecimentos produzidos no âmbito da pesquisa; realizar atividades de educação permanente em saúde e cooperação técnica com sistemas locais de saúde na qualificação das modelagens technoassistenciais; realizar atividades de formação de pesquisadores de campo para a pesquisa avaliativa nos ambulatórios e hospitais; realizar eventos e atividades de ensino para fortalecer a integração entre a formação de profissionais de saúde e a qualificação dos serviços de saúde”. Disponível em: <<http://www.redegovernocolaborativo.org.br>>. Acesso em: jun 2016.

<sup>27</sup> “Criado em 2005, junto ao PPGEDU e atualmente articulado ao PPGCOL, ambos na UFRGS, o

Um aspecto a observar, com muito cuidado e atenção, em relação às redes de políticas é a constituição paulatina, dentro de instituições públicas, de grupos que

---

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), busca o fortalecimento do SUS. Para atingir esses e outros objetivos, promove ações. Um destes programas é a **Avaliação Institucional Educativa em Saúde**, que tem como objetivo avaliar e desenvolver métodos de avaliação dos procedimentos e instituições de educação na área da saúde. A partir da necessidade de interpretar os resultados do Projeto Caminhos do Cuidado de modo a alimentar políticas para a educação profissional em saúde, para as escolas técnicas em saúde e para a integração da escola e da educação profissional com a rede de ações e serviços no âmbito do SUS, foi estruturada uma matriz avaliativa que busca informar medidas adotadas, procedimentos e instrumentos com potencial de se tornarem políticas públicas ou estratégias político-educativas na rede de escolas, nas instituições de ensino e pesquisa e nas instâncias de gestão da saúde. Tem a expectativa de arguir em favor dos efeitos do projeto nos atores sociais envolvidos, nos processos de trabalho em saúde mental e em atenção básica, na educação profissional aos trabalhadores de escolaridade do nível médio; Há também o **Curso de Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva**, fruto da cooperação entre o EducaSaúde e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde (ICICT), da Fiocruz. O Curso é voltado aos trabalhadores das Escolas Técnicas de Saúde e Escolas de Saúde Pública que integram a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e apoia a Rede Governo Colaborativo em Saúde, da UFRGS, na formação de avaliadores para a melhoria da Atenção Básica no Brasil. Entre seus objetivos está mobilizar demandas de transformação presentes na RETSUS, constituindo atores de ação estratégica para reconhecer e fomentar práticas de acompanhamento, monitoramento e avaliação de ações de educação em saúde coletiva em território, articulando atores institucionais, equipes de saúde, estudantes, egressos, usuários dos serviços de saúde e movimentos sociais. Outra ação é **Observatório da Educação Permanente e Práticas Formativas em Saúde (ObservaEPS)**. Instrumento tecnológico de avaliação, monitoramento e acompanhamento de propostas de educação permanente em saúde e práticas formativas no interior das políticas públicas do SUS. Deve apoiar proponentes, gestores do SUS e instâncias de controle social na saúde. O Observatório foi desenvolvido como produto final de pesquisa e experimentado de forma piloto no apoio às CIES. Um instrumento e consultoria entre pares permite microrregulação, da formulação ao acompanhamento sistemático. O observatório pode conferir banco de dados à PNEPS e práticas formativas em saúde”. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/educasaude>>. Acesso em: jun 2016.

<sup>28</sup> A REDESCOLA é “um espaço de diálogo permanente entre instituições de ensino de saúde no Brasil, favoráveis à construção de consensos em torno de uma educação permanente, que valorize a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e que fortaleça o controle social. A Rede é comprometida com uma cultura de cooperação, favorecendo a construção compartilhada e a circulação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no interior do SUS. O Conselho consultivo da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública envolve órgãos ligados ao Ministério da Saúde. É composta por 48 Escolas, Núcleos de Saúde e Centros Formadores, integrando Escolas ligadas aos Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde e Centros Universitários engajados nessas atividades nas cinco regiões do país. Entre outras coisas a Rede promove: o fortalecimento de vínculos já existentes e a criação de novos vínculos; o manejo de produtos relativamente uniformes considerando o nível de autonomia; o alcance a lugares bastante heterogêneos; o fortalecimento de *expertises*; a superação do trabalho isolado, fragmentado, pulverização de esforços e recursos destinados à formação em saúde. Tem como “missão” articular e fortalecer as escolas e os centros formadores em Saúde Pública/Coletiva, mediante estratégias para o desenvolvimento de políticas e ações no âmbito da Educação na Saúde, visando a produção do conhecimento e a qualificação da força de trabalho no SUS. Busca ser reconhecida, nacionalmente, como ator político relevante no âmbito da Educação na Saúde, constituindo-se como referência para o desenvolvimento de políticas para o SUS e produção e circulação de conhecimento”. Disponível em: <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/node/1>>. Acesso em: jun 2016.

se transformam quase, por assim dizer, em entes “privados” dentro do público, “autônomos” às suas instituições. No entanto, na perspectiva de Motta, Buss e Nunes (2001),

A convivência das dimensões local e nacional precisa ser permeada por estratégias pertinentes, onde as “REDES” têm operado de forma decisiva num processo dinâmico de “mobilização e organização”, sendo um caminho a ser adotado pelos gestores do sistema de saúde e pelas unidades de ensino que se relacionam com essa temática. Esse movimento permite a otimização de recursos e a potencialização de resultados, a eleição e o estímulo de porta-vozes mais habilitados para cada programa com a identificação e a superação dos nós críticos que conformam a “teia” de desafios para o SUS, favorecendo a renovação da estratégia de integração ensino X serviço, com os créditos necessários ao capital de mobilização construído pelo setor saúde, na conformação da infraestrutura educacional que o país e o Sistema Educacional e de Saúde hoje dispõem (MOTTA, BUSS, NUNES, 2001, p. 8).

As redes construídas na estrutura estatal tendem à exacerbação do controle porque desconcentra as ações e centraliza o poder, por meio das decisões financeiras, políticas, educacionais e também das políticas públicas de saúde.

A adoção de uma política pelo Estado tem por objetivo

(...) criar e preservar as condições sob as quais possa perpetuar-se o processo de troca através do qual todos os valores da sociedade capitalista são reproduzidos. O fato de que certos grupos capitalistas (ou categorias da força de trabalho) sejam mais favorecidos que outros, não é o objetivo, mas o subproduto necessário de uma política que está voltada, de forma abstrata, para a conservação e a universalização da forma mercadoria (OFFE; RONGE, 1984, p. 129).

Conforme Acúrcio (1997), políticas públicas são:

(...) o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Ao responder, o Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter (social, de saúde, policial etc.), lança mão de instrumentos para seu equacionamento, define responsabilidades (ministérios, Congresso, Judiciário etc.) e adota, ou não, planos de trabalho ou programas (ACÚRCIO, 1997, 1).

Luchese (2004) define políticas públicas como o

(...) conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e

com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (LUCHESE, 2004, p. 9).

Ressalta a autora que “as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado” e que em relação a outras políticas públicas da área social “sua tarefa específica consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCHESE, 2004, p. 6).

Para Paim e Teixeira (2006) política de saúde é

(...) a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. (...) a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Wargas (2004), complementando as ideias de Lucchese, salienta que “as políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial”, o que configura uma agenda diversificada de temas, expressando “não apenas o leque e a abrangência dos problemas que exigem solução política, mas principalmente os anseios da sociedade e o contexto e os resultados da disputa entre os diferentes atores sociais” (WARGAS, 2004, p. 11). Assim, a concepção referente à saúde adotada na Constituição de 1988<sup>29</sup>, ou seja, uma concepção ampliada para além da ação curativa, “não apenas amplia o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores” (WARGAS, 2004, p. 11).

Especificando: uso o termo sujeito neste trabalho ao invés de “ator, ator social”, como utilizam os autores inspirados em Max Weber e nos funcionalistas sistêmicos. Faço minhas as palavras de Baptista e Mattos (2015) quanto à escolha do termo:

---

<sup>29</sup> Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Cabe destacar que no Art. 6, a saúde e a educação, entre outros, são direitos sociais (BRASIL, 1988).



Um ator é aquele que encena conforme um roteiro pré-estabelecido, não trazendo para cena suas próprias questões, no máximo as utilizando para dar vida a seu personagem. Trazer os sujeitos para análise, e não restringi-los a atores, pode então possibilitar uma percepção dos sentidos e atribuições diversas de cada participante no debate político (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 113).

Examinando o exemplo de um parlamentar da bancada da saúde, Baptista e Mattos (2015, p. 113) consideram que este “não pode ser visto simplesmente como um ator interessado na causa da saúde”, tendo em vista às múltiplas e diversas inserções e atribuições, inerentes aos espaços tempos aos quais se vincula. De acordo com a base de apoio de seus eleitores poderá ter uma participação que tenderá a afirmar os interesses deste grupo. Simultaneamente, o partido no qual se insere, precisará ser atendido nas suas determinações, sempre que solicitado, o que frequentemente evidencia as contradições com a orientação para a saúde. Entre buscar responder ao apoio local e seus próprios projetos e concepção de mundo o político fará escolhas mediadas por estas posições.

(...) não é factível supor a existência de uma representação *a priori* de um papel a ser exercido por um sujeito. Os sujeitos podem criar e forjar atuações no processo político, porque há um caráter fugidio e mutante que é próprio do ser humano em relação e que também se apresenta no debate político (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 114).

O exemplo do parlamentar, trazido pelos autores, permite a problematização das chamadas “políticas de governo” e as “políticas de Estado”<sup>30</sup>. Políticas de governo, de acordo com Oliveira (2011) são aquelas que o “Executivo decide num processo elementar de formulação e implementação de determinadas medidas e programas, visando responder as demandas da agenda política interna, ainda que envolvam escolhas complexas”. Já as políticas de Estado “envolvem mais de uma instância do Estado, passam em geral pelo Parlamento ou por outros âmbitos de discussão”, o que implica em mudanças de “normas ou disposições preexistentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade” (OLIVEIRA, 2011, p. 329). Esta é uma falsa questão, pois ao politizar a abrangência das decisões encobre as possibilidades e impossibilidades do fazer cumprir papéis esperados. Ou seja, não é

---

<sup>30</sup> Política de Estado é aquela onde há permanência e abrangência, tem o caráter de organização e regulação da estrutura econômica, social e política.

a abrangência que determina a exequibilidade, que em ambos os casos, é critério de verdade.

Quando há mudanças e deslocamentos nas relações políticas, nas relações de poder, o Estado passa a assumir outros papéis, produzindo documentos, ações e estratégias políticas, dos quais decorrem explicações. Assim, retomar o processo da sociedade brasileira, nos mostra caminhos por onde entender saúde e políticas públicas de saúde, e o retorno do que parecem projetos interrompidos, que como Fênix ressurgem em outro tempo.

A saúde como preocupação do Estado entra, no cenário brasileiro, ligada às necessidades comerciais. Nesta via, a vinda da família real em 1808, trouxe mudanças.

Mesmo com a presença de grandes endemias<sup>31</sup> e epidemias<sup>32</sup>, como malária, varíola, tuberculose, que acometiam a população, a grande preocupação e investimento era na relação destas doenças com o comércio externo. Assim, o Estado precisava manter a vigilância dos portos, atacando as epidemias que assustavam os estrangeiros, garantindo o comércio. Em relação à saúde da população, quem podia pagar pelos atendimentos recorria aos físicos, formados nas universidades europeias; quem não podia pagar precisava buscar atendimento junto aos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, sangradores, curandeiros e parteiras (PIRES, 1989). Aliava-se a isso o fato de que a elite da época não desejava ficar submetida às condições precárias da colônia, nem aos males da maioria da população brasileira.

É neste contexto que são fundadas, em 1808, a Escola de Cirurgia na Bahia, e a Cátedra de Anatomia no Hospital Militar, no Rio de Janeiro, seguida pela de Cirurgia em 1809 para a formação de clínicos e cirurgiões, marcando a institucionalização da medicina no Brasil. A partir daí, a atenção aos doentes e feridos passa a ser considerada incumbência de profissões estruturadas e

---

<sup>31</sup> Endemia: presença constante de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica; a prevalência usual de determinada doença, nesta área (PEREIRA, 2009, p. 443).

<sup>32</sup> Epidemia: ocorrência, numa comunidade ou região, de casos da mesma doença, em número que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada. O número de casos que caracteriza a presença de uma epidemia varia segundo o agente infeccioso, o tamanho e o tipo da população exposta, sua experiência prévia com a doença, e o tempo e o lugar da ocorrência (PEREIRA, 2009, p. 443).

reconhecidas pelo Estado, que disciplina o exercício profissional e regula a formação (PIRES, 1989), a partir daquele momento.

No decorrer do século XIX vai se constituindo no Brasil a consolidação e legitimação da ciência médica ocidental, num processo onde se enfrentam a medicina e outras práticas voltadas para a manutenção e prolongamento da vida, como curandeiros, benzedeiras, indígenas, curiosos (CUNHA, 2000). Mas, para constituir monopólio sobre a vida, era preciso colocar na ilegitimidade as práticas que não as médicas.

Atingir tal propósito implicava em constituir uma sociedade científica para congregar aqueles que, legal e oficialmente, exerciam a medicina. Em segundo lugar, provocava um processo de escolarização, pois, assim, a corporação médica obtinha e mantinha o controle exclusivo sobre os processos de formação, seleção, organização e fiscalização da medicina, que, de acordo com Cunha (2000, p. 522) constituía uma "estratégia eficaz para garantir o monopólio sobre a arte da cura". Gradativamente, a hegemonia médica se estabeleceu na área da saúde, perdurando até os dias atuais, materializada, na atualidade, no ato médico.

Como podemos observar, tendo em vista mudanças políticas, mudanças referentes ao poder, o Estado passa a assumir outro papel. Isso reflete em criação, alteração de políticas públicas que, por sua vez, implicam em mudanças, também, nas práticas, mesmo que discursivamente.

Cabe lembrar que a vinda da família real para a então colônia Brasil se insere no contexto de transformações internacionais do sistema capitalista. A transformação econômica advinda da revolução industrial provocou crise no sistema colonial da época. O capitalismo deixava a fase comercial e entrava na fase industrial nos países desenvolvidos da Europa. O pequeno produtor foi desaparecendo, dando lugar às grandes unidades produtoras. Novas fontes de energia passaram a ser utilizadas: vapor, eletricidade; ferramentas deram lugar à máquina; novas relações são estabelecidas entre capital e trabalho.

O capitalismo industrial europeu para poder se expandir não suportava o monopólio comercial e nem a forma de trabalho escravo, pois objetivava vender para todos os mercados do mundo e precisava de mercados livres e de consumidores para os seus produtos da indústria. As potências europeias se digladiavam pelo

domínio do mundo e, para tanto, exerciam o poder de pressão e intervenção sobre os demais reinos. É nesse movimento que se dá a vinda da família real para o Brasil. As alterações nas relações políticas da coroa trouxeram alterações na vida da colônia, mas a população continuou na miséria.

As questões internas de Portugal, os interesses dos grandes proprietários brasileiros e o contexto do capitalismo, culminaram com a “independência”, que tinha como objetivo preservar a liberdade de comércio, a autonomia administrativa do país e organizar o Estado, sem colocar em risco o domínio econômico e social. O reconhecimento da independência pelas nações europeias foi feito em troca de vantagens econômicas. Elas inundaram o mercado brasileiro com seus produtos. Praticamente tudo que se consumia no Brasil era importado, basicamente da Inglaterra.

Mas, o contexto mundial do capital precisava mais. A república chegou, sem que houvesse alteração substancial em nossa estrutura social e econômica. Não era intenção romper com as estruturas que exploravam a população brasileira. A riqueza permanecia concentrada nas mãos de poucos e mantínhamos a monocultura voltada ao mercado externo.

O café, principal produto de exportação na época, acabou dando condições a uma parte do setor agrário de acumular capitais e investir os mesmos em outras atividades econômicas. A partir da crise de superprodução do café da década de 1930, aliada às dificuldades de importação devidas à Primeira Guerra Mundial, a indústria brasileira lançou-se ao abastecimento do mercado interno.

Com a urbanização, a cidade tornou-se um ambiente propício para o desenvolvimento da indústria, reunindo mão de obra e consumidores em grande número. Ao mesmo tempo, surge uma nova categoria explorada pela classe dominante no Brasil, o proletariado. Em 1906, a capital do país era uma cidade com graves problemas sociais e urbanos: agudização da desigualdade, pobreza, lixo amontoado nas ruas, ratos e mosquitos transmissores de doenças, milhares de pessoas morrendo de febre amarela, varíola, peste bubônica.

Já na última metade do século XIX, o capitalismo industrial financeiro resultou em expansão do comércio, integração da economia em escala mundial e aceleração do processo produtivo. Uma fase marcada pela concentração da produção e do

capital em torno de grandes empresas ou associação destas. Grandes instituições bancárias associaram-se aos grandes monopólios industriais. Quando do fim da Primeira Guerra Mundial, os EUA se projetaram como uma das maiores potências do mundo, mas os países europeus voltaram a se organizar e desenvolver sua estrutura produtiva. Para acelerar sua recuperação econômica adotaram medidas protecionistas, reduzindo as importações que faziam dos EUA.

No entanto, os Estados Unidos, no início do século XX, continuaram a produzir de forma acelerada, em descompasso com as necessidades de seu mercado interno e com as possibilidades de compra do mercado internacional. Havia um excesso de mercadorias e pouco poder de consumo, gerando uma superprodução capitalista e, com isso, uma grande crise. Objetivando superar a crise, os EUA adotaram um novo acordo, um conjunto de medidas econômicas inspiradas nas ideias de Keynes<sup>33</sup>. Este buscava conciliar o respeito pela iniciativa privada e as leis do mercado, intervindo o Estado em certos setores da economia, contrariando “os dogmas do pensamento liberal-conservador, para o qual o papel do Estado, formalmente, deveria ser mínimo” (NETTO, BRAZ, 2011, p. 205 - 207). A intervenção do Estado diminuiu o impacto de crises e proporcionou grandes resultados econômicos no período entre o fim da Segunda Guerra e a passagem dos anos sessenta para os setenta, do século XX.

A produção industrial tinha como forma padrão de organização o taylorismo-fordismo: racionalização máxima das operações realizadas pelos trabalhadores; combate ao desperdício na produção; redução do tempo e aumento do ritmo de trabalho; trabalho parcelar e fragmentado, onde a soma das tarefas repetitivas resultava no trabalho coletivo produtor de mercadoria, alterando a relação capital-trabalho, intensificando a exploração (NETTO, BRAZ, 2011).

É no período entre 1945 e 1970, aproximadamente, que o setor de serviços, que aglutinava as mais diversas atividades, comerciais e financeiras, bem como de educação e saúde - cresceu enormemente. É nesse tempo, também, que o papel do

---

<sup>33</sup> John Maynard Keynes (1883-1946) foi um economista britânico, crítico das ideias *laissez-faire* do liberalismo clássico. Seu pensamento impactou as economias modernas, principalmente pós Segunda Guerra, quando se inicia um período de forte crescimento, com intervenção estatal e relativa distribuição de renda. As ideias de Keynes se alicerçam no equilíbrio entre as exigências do crescimento econômico e as exigências de maior equidade social, promovida por um Estado socialmente ativo (ALMEIDA, 2008).

Estado tomou uma forma mais perversa ainda, frente à força de trabalho, tanto nos EUA como no Brasil.

A intervenção estatal “desonera o capital de boa parte do ônus da preservação da força de trabalho, financiados agora pelos tributos recolhidos da massa da população – financiamento que assegura a prestação de uma série de serviços públicos” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 214-215). E aqui, observamos o sentido, anteriormente demarcado, da forma mais perversa do papel do Estado, tendo em vista que conferem a ele um alto grau de legitimidade. Para servir ao capital remodelado, intervindo a favor dele, e com a ‘democracia’ reinante na maioria das nações, “o Estado deve incorporar outros interesses sociais; ele não pode ser simplesmente, um instrumento de coerção – deve desenvolver mecanismos de coesão social” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 214-215). A saúde junto com a educação são os discursos do Estado de Bem Estar Social.

Esse movimento de legitimação é visível no empenho do Estado,

(...) no reconhecimento dos direitos sociais – que juntamente com os direitos civis e políticos, constituem a cidadania moderna. A consequência desse reconhecimento, resultado da pressão dos trabalhadores, foi a consolidação de políticas sociais e a ampliação de sua abrangência, na configuração de um conjunto de instituições que dariam forma aos vários modelos de Estado de Bem-Estar Social (...) o capitalismo monopolista vinculou o grande dinamismo econômico com a garantia de expressivos direitos sociais (ainda que somente para os trabalhadores de alguns países imperialistas) – e o fez no marco de sociedades nas quais tinham vigência instituições políticas democráticas, respaldadas por ativa ação sindical e pela presença de partidos políticos de massas (NETTO; BRAZ, 2011, p. 216).

No entanto, esse período de “capitalismo democrático” tomou outro rumo na passagem dos anos 1960 para os 1970. Ele entrou em crise e, visando reestruturá-lo, mecanismos são implementados. Frente à crise econômica dos anos 1970, que desencadeia a queda da taxa de lucro, de investimento, de produção, desemprego, inflação e aumento do déficit público, se apresentam, mais uma vez, as contradições do sistema. O que antes era tido como necessário ao capital, ou seja, a intervenção do estado na economia, agora se apresentava como um entrave que era preciso remover. Para tanto foi traçada uma estratégia “articulada sobre um tripé: a

reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 224), com ações diferenciadas para os países centrais e periféricos<sup>34</sup>.

Cabe destacar que a concentração de grande poder econômico nas mãos de um pequeno grupo de grandes empresas levou ao aumento do poder político deste grupo. A política conduzida por este pequeno grupo, para ser operacionalizada, contava com grandes aliados como, o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e “organismos vinculados à Organização das Nações Unidas. Assim, além de seus dispositivos próprios, o grande capital vem instrumentalizando diretamente a ação desses órgãos para implementar as estratégias que lhes são adequadas” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 235).

O poder de pressão dessas instituições financeiras internacionais sobre os Estados capitalistas periféricos, mais débeis, é intenso e impõe não apenas a orientação macroeconômica direcionada aos chamados “ajustes estruturais”, mas também providências e medidas de menor abrangência. Por exemplo, o tipo de empresas e serviços que podem receber auxílio em cada um dos Estados Nacionais<sup>35</sup>, ou referem-se ao quadro de trabalhadores em saúde como “risco ou pressuposto condicionantes para a ajuda financeira e não como propósito e objetivos em nível de resultado” (PIERANTONI *et al.*, 2006, p. 29).

Assim, uma nova divisão internacional do trabalho se estabeleceu e, direcionados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) entre outros organismos, os países adotam políticas de reestruturação do Estado como forma de obter ou continuar obtendo financiamentos, o que inclui a reestruturação produtiva, base da acumulação flexível<sup>36</sup>. Esta vem acompanhada de alterações na concepção de gestão da força de trabalho<sup>37</sup>, pela descentralização<sup>38</sup> e

---

<sup>34</sup> Países desenvolvidos, países em desenvolvimento, primeiro mundo, segundo mundo, foram mantidos em relação ao discurso dos organismos internacionais ou nacionais, No entanto nossa opção para evidenciar as desigualdades entre as nações é Centro e Periferia.

<sup>35</sup> O princípio da nacionalidade substituído pela ideia nacional é agora debatido como questão nacional (CHAUÍ, 2001, p. 27-29).

<sup>36</sup> A acumulação flexível se apoia “na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (HARVEY, 1993, p. 140).

<sup>37</sup> O controle da força de trabalho pelo capital, nesse novo momento, é diverso do despotismo fabril, “apelando à participação, e ao envolvimento dos trabalhadores, valorizando a comunicação e a redução das hierarquias mediante a utilização de equipes de trabalho; é nesse quadro que o toyotismo ganha relevo nas relações de trabalho, inclusive com o forte estímulo ao sindicalismo de

precarização do trabalho<sup>39</sup>, pelo esfacelamento dos direitos da classe trabalhadora. Estes são tidos como aqueles que levam ao aumento dos gastos sociais pelo Estado, implicando uma carga tributária aceita pelo capital quando as taxas de lucros eram mais altas e, portanto, vistos como responsáveis pela crise. Já que responsáveis pela crise deveriam ser literalmente retalhados. Para a teoria neoliberal, “as políticas sociais são um verdadeiro saque à propriedade privada, pois são formas de distribuição de renda, além de também atrapalhar o livre andamento do mercado” (PERONI, 2013, p. 237).

Esse contexto histórico culmina em direitos socialmente conquistados, por meio de lutas históricas, como saúde e educação, se transformando em mercadoria, submetendo o trabalho e o trabalhador destas áreas às regras do mercado, segundo interesses comerciais, industriais e financeiros em todas as implicações desse processo, como, por exemplo, as decisões da Organização Mundial do Comércio (OMC)<sup>40</sup> ao regulamentar a educação e a saúde.

Também nos anos de 1970, num Estado fortemente centralizado, fruto de golpes militares na América Latina, articulado no cenário internacional com o novo modelo de desenvolvimento econômico, propostas em relação à saúde não se viabilizaram, pois não havia condições de infraestrutura; nem no sentido de transformar a saúde em mercadoria para o conjunto da população, pelo lado do capital, nem no sentido de implementação de alternativas, oriundas de movimentos compromissados com as necessidades de saúde da população. Com o processo de

---

empresa (ou de resultados)” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 227). O capital empenha-se em quebrar a consciência de classe dos trabalhadores, com discursos como o de “que eles devem vincular o seu êxito pessoal ao êxito da empresa”. Coroando esse discurso, “os capitalistas deixam de se referir ao trabalhador como operário ou empregado e passam a chama-los colaboradores”.

<sup>38</sup> “A desconcentração industrial é promovida pelo capital como desterritorialização da produção (...) unidades produtivas (completas ou desmembradas) são deslocadas para novos espaços territoriais, onde a exploração da força de trabalho pode ser mais intensa (...) seja pelo seu baixo preço, seja pela ausência de legislação protetora do trabalho e de tradições de luta sindical” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 226).

<sup>39</sup> Desde 1970 o capital implementou um processo de reestruturação em escala global e nesse contexto “vem redesenhando novas velhas modalidades de trabalho, (...) com perda de direitos e garantias sociais, (...) que entre outras formas inclui a terceirização, subcontratação, *part-time*, trabalho produtivo à domicílio, trabalho temporário” (ANTUNES, 2008).

<sup>40</sup> Criada em 1995, a OMC buscou ao longo dos anos expandir seu poder de regulamentação sobre os países. Os acordos contidos na OMC têm uma abrangência que ultrapassa os temas relativos ao comércio internacional de *produtos* (no sentido de coisas). O acordo GATS (*General Agreements on Trade in Services* - Acordo Geral sobre Comércio e Serviços) abre os setores de serviços para empresas estrangeiras.



redemocratização do país, projetos interrompidos reclamam voltar à cena, tanto pelo lado de movimentos que lutavam contra a hegemonia quanto pelo lado do capital.

O neoliberalismo é antes de tudo “uma teoria de práticas político-econômicas para a qual a melhor forma de promover o bem estar do ser humano, consiste em não restringir o livre desenvolvimento das capacidades e das liberdades empresariais do indivíduo”. Alicerça-se em “direitos de propriedade privada, fortes mercados livres e liberdade de comércio”, cabendo ao Estado “criar e preservar o marco institucional apropriado para o desenvolvimento destas práticas” (HARVEY, 2007, p. 6).

O neoliberalismo<sup>41</sup>, que se consolida nos anos 90 do século passado como ideologia que vai sustentar aqueles elementos que o capitalismo necessita para se manter apresenta o mercado como algo naturalmente dado, dotado de autonomia para regular econômica e socialmente o mundo. O individualismo é a sua marca e a mercadoria o ápice da produção humana.

Mais ainda, cabe ao Estado um duplo papel neste contexto: ser forte e máximo visando resguardar a reprodução do capital no seu movimento contraditório e impor políticas que favoreçam a acumulação de capital; ser mínimo no seu comprometimento com as políticas econômicas e sociais. Um estado que “concentra suas atividades fundamentais na extensão da mercantilização na sociedade” (SADER, 2008, p. 47). Mas, na verdade, a economia capitalista necessita da intervenção do Estado para a manutenção de seus interesses. Como nos coloca Mascaro (2013, p. 118), “o neoliberalismo não é uma retirada do Estado da economia, mas um específico modo de presença do Estado na economia”.

Só assim, explica-se, alimenta-se e justifica-se a globalização do capital em todas as suas nuances. Não podemos esquecer que um longo caminho foi percorrido até que o neoliberalismo “conformasse as consciências” dos anos de 1990.

No Brasil, o efeito desse movimento deu origem a um verdadeiro ornitorrinco<sup>42</sup>, como escreveu Francisco de Oliveira (2003), onde,

---

<sup>41</sup> Diversos autores, ao longo do tempo, vêm abordando a questão do neoliberalismo, entre os quais Frigotto (1996, 2000, 2001a, 2001b), Machado (1997), Oliveira (2000, 2003, 2006, 2010), Chauí (1999, 2000, 2003, 2008, 2013), Antunes (2002, 2013), Wood (2003), Harvey (2007, 2008, 2009); Netto e Braz (2011).

<sup>42</sup> Ornitorrinco, bicho estranho, metaforicamente utilizado para demarcar a feição *esdrúxula* da

(...) as forças do trabalho já não têm força social, erodida pela reestruturação produtiva e pelo trabalho abstrato virtual e força política, posto que dificilmente tais mudanças na base teórico-material da produção deixariam de repercutir na formação de classe. A representação de classe perdeu sua base e o poder político a partir dela estiolou-se. Nas específicas condições brasileiras, tal perda tem um enorme significado: não está à vista a ruptura com a longa via passiva brasileira, mas já não é mais o subdesenvolvimento. A estrutura de classes também foi truncada ou modificada (...) (OLIVEIRA, 2003, p. 145-146).

No entanto, não é só de luta pela distribuição de recursos materiais e entre divisões alternativas de sociedade que se dá este processo, ele é, também "uma luta para criar as próprias categorias, noções e termos através dos quais se podem nomear a sociedade e o mundo" (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 66). Ou seja, estas ideias anunciam as relações entre o plano estrutural e ideológico como espaço de produção de verdadeiro arsenal de noções aplicadas especificamente às áreas das relações sociais e das próprias concepções de vida e de mundo pra expressar um pensamento único, uma solução única, como sustenta o neoliberalismo.

### 3.1 DO ESTRUTURAL PARA A SUPERESTRUTURA VIA EDUCAÇÃO

O movimento neoliberal é potente, universalizando e naturalizando "uma estranha novilíngua"<sup>43</sup> (BOURDIEU E WACQUANT, 2004, p. 24), fruto de um "imperialismo simbólico", uma forma de expressão do pensamento único onde se apagam palavras e sentidos, como referem Bourdieu e Wacquant (2004, p. 24) e cujo "vocabulário, aparentemente sem origem, circula por todas as bocas: globalização, flexibilidade, governabilidade, empregabilidade, nova economia". Esta ideia apresentada por estes autores também é utilizada por Frigotto & Ciavatta (2003) quando identificam novos conceitos, novos termos, que passam a compor os elementos para análise desta relação, com a função de "justificar mudanças no Estado e nas relações capital/trabalho" (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003, p. 95).

---

sociedade brasileira. Explicitando: "O ornitorrinco é isso, não há possibilidade de permanecer como subdesenvolvido e aproveitar as brechas que a Segunda revolução industrial propiciava; não há possibilidade de avançar, no sentido da acumulação digital-molecular: as bases internas a acumulação são insuficientes, estão aquém das necessidades para ma ruptura desse porte. Restam apenas as acumulações primitivas, mas agora, com o domínio do capital financeiro, elas são apenas transferências de patrimônio, não são, propriamente falando, acumulação. O ornitorrinco capitalista é uma acumulação truncada e uma sociedade desigualitária sem remissão" (OLIVEIRA, 2003, p. 150).

<sup>43</sup> Novlangue, Novilingua. Língua criada pelo governo no livro "1984", de George Orwell.

A crise conjuntural vivenciada pelo capitalismo nos meados dos anos 1990 e as crises financeiras nos países periféricos levou à inflexão da ortodoxia neoliberal em direção ao social-liberalismo, como “uma estratégia de dotar o neoliberalismo de uma agenda social para reduzir tensões sociais e políticas, mediante ajustes em certos aspectos do neoliberalismo para preservar a sua essência” (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2014, p. 70).

Dessa forma, as relações de trabalho para um novo mercado exigem também um trabalho e trabalhador diferentes. O novo tipo de trabalhador “deve ser mais polivalente e multifuncional (...) que em verdade expressa a enorme intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho” (ANTUNES, 2010, p. 14). Para formatar esse trabalhador, fundamental se faz que todos e cada um assumam como suas, essas *verdades*<sup>44</sup>.

Para consolidar esse ideário de um novo tipo de trabalhador para um novo tipo de trabalho é necessário ‘formá-lo’. Nesse contexto, as ‘competências’ ganham o mundo como a necessidade máxima para avaliar o desempenho, seja do profissional, seja do estudante. Como é uma questão do indivíduo, ele tem ou não tem competência. Ele escolheu ou não se ‘esforçar’ para desenvolvê-la. Não existe conflito de classes. Para tal, a educação é chamada a responder. E, como afirma Mézáros (2006),

(...) além da reprodução numa escala ampliada, das múltiplas habilidades sem as quais a atividade produtiva não poderia ser levada a cabo, o complexo sistema educacional da sociedade é também responsável pela produção e reprodução da estrutura de valores no interior da qual os indivíduos definem seus próprios objetivos e fins específicos (MÉZÁROS, 2006, p. 263-264).

Frigotto e Molina (2010) ressaltam que diferente das competências para a empregabilidade propagada pela ideologia do capital humano,

---

<sup>44</sup> “As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe também dos meios de produção espiritual, de modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daqueles aos quais faltam os meios de produção espiritual. As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação” (MARX; ENGELS, 2011, p. 47).

(...) sob a ideologia da qualidade total, da sociedade do conhecimento, da pedagogia das competências (...) o que fica implícito é que não há lugar para todos, mas, apenas, para aqueles que individualmente adquirem as competências (conhecimento, gestão, atitudes e valores) requeridas pelo mercado. Um conteúdo unidimensional, ditado pelo que serve ao mercado, um método neopragmático, fragmentário, que hipertrofia a competição individual, e uma forma impositiva e autoritária de organização e gestão (FRIGOTTO; MOLINA, 2010, p. 43).

Cabe lembrar que a certificação por competências no trabalho se presentifica já nos anos de 1970, no contexto do taylorismo/fordismo, na sua forma de “organizar e gerir a vida social e produtiva”<sup>45</sup>. Modalidade marcada pelo trabalho fragmentado, rotinizado, com separação entre quem planeja e quem executa, onde a competência assume o significado de um saber-fazer derivado da experiência. Porém, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

[...] tornam insuficiente este tipo de competência para os trabalhos que não se precarizaram e que se constituem no núcleo estável do trabalhador coletivo, ainda com direitos e condições razoáveis de vida e de trabalho, apesar da tendência à intensificação; para poucos, portanto, já aqui se configurando uma das dimensões ideológicas da proposta da “pedagogia das competências”, apresentada como universal (KUENZER, 2004, p. 1-2).

Nos anos de 1990 organismos internacionais passaram a divulgar “as diretrizes educacionais que os países periféricos do sistema capitalista deveriam seguir”, onde a nova função da educação para o século XXI é “formar para as competências do mundo do trabalho”, e “do ponto de vista das teorias pedagógicas, essas diretrizes postulam (...) um ensino centrado no desenvolvimento das competências verificáveis na prática e em situações específicas” (GUEDES, 2007, p. 2), que como ensino em serviço reconhecem os conhecimentos tácitos no mundo do trabalho. Para a escolarização formal aprende-se com o outro, como nas corporações, no aprender fazendo em todas as áreas e acompanhados sempre pelo profissional e pelo professor/supervisor. Nas consignas da proposta da UNESCO para o século XXI, os quatro pilares: aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver.

Foi também nos anos 90 do século XX, dentro do projeto neoliberal, que o BM e FMI voltam a se interessar pela saúde e pela educação. Interesse que já se

---

<sup>45</sup> Palestra proferida pela Professora Dr<sup>a</sup> Acácia Kuenzer, 2004, em encontro promovido pelo TRAMSE - Núcleo de Estudos, Experiências e Pesquisas em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação. Programa de Pós-Graduação/FACED/UFRGS.

manifestara na década de 1970, na ótica das necessidades humanas básicas e redução da pobreza, no sentido de garantir à população mais pobre a saúde, a educação e a nutrição, condições essenciais para o aumento da produtividade. Naqueles anos, sob a batuta daquelas instituições, preocupadas com a instabilidade econômica e política dos países periféricos, em particular sobre a forma como responderiam à crise, medidas de substituição de direitos sociais por políticas de combate a pobreza, foram adotadas (MAURIEL, 2013). A focalização foi “até o final dos anos 90, uma resposta engenhosa para contrabalançar o ajuste fiscal necessário para manter a estabilização monetária, sob a alegação da suposta escassez de recursos públicos” (MAURIEL, 2013, p. 98).

Por um lado, era preciso manter a força de trabalho com um mínimo de condições para produzir e, por outro, conter reações sociais. Ao mesmo tempo, mascaravam-se as relações de exploração entre países centrais e periféricos, bem como as relações de exploração dentro de cada país. Eram incorporadas novas feições ao capitalismo e seus direcionamentos, sem, no entanto, afetar suas bases.

Para o capital a saúde da população é necessária, caso contrário não tem mão de obra disponível, não tem exército de reserva disponível, não tem condição do trabalho e nem consumidor para o próprio produto. O capital necessita que os trabalhadores tenham saúde e ainda mais, precisam que essa saúde também seja em si uma mercadoria.

Construímos uma sociedade onde cada vez menos podemos suportar o sofrimento, os dissabores, as frustrações. Diante disso, nos transformamos em consumidores do que pode nos proporcionar, mesmo que ilusoriamente, o prazer e a felicidade imediatos. Assim, se tem ampliado o lugar atribuído ao consumo de bens e produtos na construção desse sentido de bem estar.

Entre os bens e produtos se inclui a saúde que passa a ser um bem de consumo: procedimentos, consultas; máquinas, equipamentos e medicamentos produzidos pela iniciativa privada, pela grande indústria, também precisam de mercado e o SUS é um grande comprador e “bom pagador”.

Dessa forma a organização do mundo da produção tem provocado intensas transformações no mundo do trabalho, que,

(...) ao incorporar novas formas de gestão e tecnologias, reorganiza o processo produtivo, reduz os postos de trabalho na indústria e contribui para a expansão do setor de serviços. Na saúde, a partir da década de 1990, esse processo foi favorecido por políticas públicas (...), contribuindo para a incorporação de trabalhadores dispensados de outros setores, sem qualificação específica. Processo que, associado à mercantilização do setor saúde (...) levou ao aumento da rotatividade de pessoal nos serviços de saúde pública, à precarização das relações de trabalho, impedindo a criação de vínculos entre usuários e trabalhadores, o conhecimento da realidade de saúde da comunidade e o próprio trabalho em equipe (MUROFUSE *et al.*, 2009).

O neoliberalismo nos anos 1990 com sua suposta visão contra o estado, difundindo decisões aparentemente despolitizadas e neutras, foi construindo o terreno no qual “a atuação do Estado e as políticas sociais fossem paulatinamente deixando de ser um modo de conexão e de representação de interesses, e fossem se transformando em mera administração gerencial, de uma determinada ordem social, esvaziando o conteúdo político das mesmas” (MAURIEL, 2013, p. 101), ideologia.

As políticas de ajuste estrutural, as reformas macroeconômicas, despertaram críticas. A UNICEF, a partir de suas publicações de estudos de casos, apontava piora dos indicadores de saúde, educação, emprego, renda, entre outros, nos países sob referido ajuste/reforma. O relatório do BM em 1997, sobre desenvolvimento mundial - *O Estado num mundo em Transformação* -, defende que “a reforma do estado não deveria reduzir-se às questões ideológicas de Estado mínimo ou hiperestendido, mas num Estado eficiente capaz de alavancar o desenvolvimento” (MAURIEL, 2013, p. 104). Nesse contexto, houve uma naturalização da “pobreza e da realidade social, associada à individualização”. Basta o esforço do indivíduo e adquirir o que lhe falta, para mudar sua situação.

Novas estratégias vinculadas ao desenvolvimento fazem circular termos como, “liberdade, equidade, justiça, sustentabilidade”. O que na verdade estas estratégias encobrem é que a “sorradeira ideologia social liberal vai ganhando terreno no debate contemporâneo da política social, pobreza e desenvolvimento, fazendo aquilo que a história do pensamento liberal sabe melhor fazer: prezar a liberdade” (MAURIEL, 2013, p. 105; p. 113) para si, como capital e ao mesmo tempo defender “a escravidão” para o outro, o trabalho. Ou, como defendeu Hayek em *Caminhos da servidão*, a forma necessária ao desenvolvimento liberal.

Nesse movimento, a educação é tomada como instrumento para formatar atitudes e comportamentos necessários à integração dos indivíduos ao padrão de desenvolvimento econômico (CONTERNO, 2008), e a saúde como estratégia para o controle demográfico, tido como principal responsável pelo aumento da pobreza.

### 3.2 O RENASCIMENTO DA FÊNIX

No contexto dos anos iniciais do século XXI, retorna à cena, no Brasil, a Educação Permanente voltada à formação de trabalhadores da saúde. Todavia, entender esse processo implica retomar alguns aspectos.

Nos anos de 1960, o termo educação permanente se difundiu articulado com as necessidades do desenvolvimento econômico e foi ocupando a pauta de discussão na Comunidade Econômica Europeia (CEE) e se fez presente, em 1968, nas resoluções da 15ª Conferência Geral da UNESCO, com orientações aos Estados Membros. Em 1971, a UNESCO instituiu uma comissão internacional presidida por Edgar Faure, com o objetivo de realizar um balanço da situação da educação em termos mundiais. O informe desta Comissão, *Aprender a ser: a educação do futuro* foi publicado em 1973, aportando uma concepção de educação global e delineando recomendações concretas para orientar a ação de governos e a comunidade internacional em relação à educação. Entre as recomendações, podemos destacar:

(...) desenvolver por todos os meios, convencionais e não convencionais, a educação elementar; individualizar e personalizar ao máximo a educação. Preparar para a autodidaxia; acelerar os processos de instrução e aprendizagem em todas as partes onde isso responda aos interesses dos ensinados e da coletividade [...] recorrer à tecnologia na máxima medida que se possa, sem envolver gastos de equipe excessivos [...] desformalizar uma parte das atividades educativas substituindo-as por modelos flexíveis e diversificados (...) (UNESCO, 1973, p. 322-323).

No Informe da Comissão Internacional sobre o Desenvolvimento da Educação apresentado por Edgar Faure à UNESCO, a educação permanente é apresentada como fundamental para colocar os homens em condições de fazer frente às exigências do século XX, precisando ser garantida.

Estes movimentos anunciados para a educação permanente também encontram eco na área da saúde. Nesses anos, mais especificamente em 1977,

acontece a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, onde os Estados Membros assumem como compromisso o objetivo de atingir um nível de saúde que permitisse a todos os seus cidadãos, desenvolver uma vida social e economicamente produtiva até o final do século XX, sendo lançadas as bases do movimento “Saúde para todos no ano 2000”.

Um ano depois, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata, conclama a ação urgente de governos, trabalhadores da saúde, comunidade mundial, para promover a saúde dos povos. Se por um lado a Declaração de Alma-Ata clamava por atenção à saúde para todos, por outro lado os bancos de desenvolvimento, que apoiavam as reformas neoliberais, receitavam a eficiência dos serviços de saúde mediante ajustes compatíveis com a economia de mercado (SANTANA, 2008). Ao final desta década, o BM incentiva a priorização de projetos de educação básica e serviços básicos de saúde, com ênfase na atenção primária (MELO, 2004). É na década de 1970 que se incrementam, também, os investimentos nos chamados “Recursos Humanos” em saúde.

Podemos ver que a segmentação dos movimentos é aparente, pois se inserem numa mesma totalidade: Saúde e Educação para todos no ano 2000, sob a égide de organismos internacionais, em especial o Banco Mundial, mesmo que em ritmos e tempos diferentes.

Como já referido anteriormente, a campanha de alívio da pobreza é retomada pelo BM nos anos de 1990, a partir da indicação de políticas de focalização<sup>46</sup>, mais especificamente em educação e em saúde, para ativar o crescimento econômico e produzir a estabilidade política necessária ao desenvolvimento do capitalismo.

Na educação, estas orientações são divulgadas e implementadas a partir da Conferência de Jomtien, em 1990, sob patrocínio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), UNESCO, UNICEF, Banco Mundial, onde os governos, em nível mundial, estabeleceram como meta “Educação para todos no

---

<sup>46</sup> A expressão focalização tem sido usada como “a ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis em uma população definida”. Ou seja, “uma decisão orientada por razões de caráter econômico”. No final do século XX, “no âmbito das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em particular”, o termo focalização retorna passando a ser amplamente utilizado em documentos de Organismos Internacionais, como o BM, FMI, OPAS, UNESCO, entre outros. Esses organismos passam “a difundir a ideia de que o alívio da pobreza e a redução das enormes desigualdades sociais existentes nos países dependentes iriam ocorrer a partir da implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis. A discussão da focalização está diretamente relacionada com a temática da pobreza” (RIZZOTTO, 2008, p. 221).



ano 2000”. No ano de 1996, o Relatório Delors, entre outras coisas, retomou a noção de educação ao longo da vida, propondo repensar e ampliar a ideia de educação permanente.

No entanto, a educação em geral e a educação permanente em específico, fazem parte do mesmo contexto de mudanças da sociedade necessárias ao capitalismo. De forma que sua entrada na pauta dos organismos internacionais está vinculada a isso. Dos anos 70 ao seu retorno nos anos 90, do século passado, coincide o momento em que se revigoram as ideias liberais, na forma do neoliberalismo, que sustentam, no Brasil, a adesão ao Protocolo de Bolonha (2006)<sup>47</sup> para as universidades e a Educação assumirem o papel de mercadoria, conforme o que estava vigendo na Comunidade Econômica Europeia (CEE).

### 3.3 FORMAÇÃO DO TRABALHADOR OU ELICITAÇÃO DO CONHECIMENTO

A formação do trabalhador “polivalente e flexível”, exigida pela flexibilização do trabalho e de suas relações, em condições para o mercado, torna a aquisição de competências e habilidades um grande objetivo nos anos de 1990. O Relatório Delors<sup>48</sup> – *Educação um tesouro a descobrir* - vem a público em 1996, fundamentando a necessidade da educação, entre outras coisas: adaptar-se constantemente às transformações da sociedade; pensar alternativas de certificação

---

<sup>47</sup> “(...) o Processo de Bolonha se enquadra na agenda política delineada pelos Chefes de Estado e de Governo, na reunião de cúpula europeia de Lisboa (2000), prosseguida na de Barcelona (2002), a qual definiu o objetivo de, até 2010, fazer da Europa: a economia do conhecimento mais competitiva e mais dinâmica do mundo, capaz de um crescimento econômico duradouro (...)” (BIANCHETTI e MAGALHÃES, 2015, p. 226). As estratégias e iniciativas para atingir estes objetivos incluem “a necessidade de modernizar as estruturas de governança, financiamento e gestão de pesquisa das universidades (incluindo medições de desempenho e incentivos), no intuito de capacitar a Europa para a competição mundial por mentes e mercados. Isso incluiu inserir os chamados Países Terceiros nos acordos de cooperação (...) ao mesmo tempo, as economias, como a do Brasil, estão usando a arquitetura de Bolonha como um modelo para a racionalização de acesso, a fim de gerar ganhos de eficiência do novo sistema” (ROBERTSON, 2009, p. 415).

<sup>48</sup> Conforme o Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (Relatório Delors), “à educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele (...). Para poder dar resposta ao conjunto das suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: *aprender a conhecer*, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente; *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente *aprender a ser*, via essencial que integra as três precedentes” (UNESCO, 1996, p. 89-90).

que considerem as competências adquiridas no processo de educação ao longo da vida; ter presente que, além da aprendizagem de uma profissão, é importante a aquisição de uma competência mais ampla para enfrentar distintas situações e trabalhar em equipe, destacando a importância de alternância entre escola e trabalho (UNESCO, 1996, p. 20).

Interessante observar que, destarte o contexto 'mundial' e o tempo de 23 anos que separa o Relatório Delors e o Relatório Faure, ambos são muito semelhantes, não apenas na estrutura de tópicos, mas também nas recomendações.

Cabe destacar, ainda, que em meados de 1996 foi promulgada, no Brasil, a Lei 9394 - Diretrizes e Bases da Educação. Em 1998, realizou-se a Conferência Mundial sobre Educação Superior. Articuladas a esses movimentos, foram produzidas as Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>49</sup> para os diferentes níveis da educação brasileira, focadas na aquisição de competências e habilidades, onde, de maneira latente e inserida no âmbito do trabalho como reestruturação de tipo capitalista, encontra-se uma concepção de mundo centrada no indivíduo e no individualismo. Essas diretrizes curriculares visam à formação de um trabalhador flexível, adaptado e competente para as diferentes situações que se apresentem. Competências que entram, então, como forma de resolver a flexibilidade para atender às necessidades do capital.

(...) quanto maior é a incidência do ideário e da pragmática na chamada “empresa moderna”, quanto mais racionalizado é seu *modus operandi*, quanto mais as empresas laboram na implantação das “competências”, da chamada “qualificação”, da gestão do “conhecimento”, do sistema de “metas”, mais intensos parecem tornar-se os níveis de degradação do trabalho (no sentido da perda de liames e da corrosão dos mecanismos de regulamentação e contratação) para uma parcela enorme de trabalhadores e trabalhadoras (ANTUNES, 2010, p. 15).

---

<sup>49</sup> No caso da Saúde, a Resolução CNS n° 287, de 08 de outubro de 1998 reconhece como profissionais de saúde de nível superior as categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, biomédicos e terapeutas ocupacionais, especificando que no referente aos assistentes sociais, biólogos, biomédicos e médicos veterinários a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais e aos Conselhos de Classe dessas categorias. Em 2001 foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição; em 2002 Ciências Biológicas, Serviço Social, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Terapia Ocupacional; em 2003, Medicina Veterinária; em 2004, Educação Física e Psicologia. Em 2006, à luz das DCN da área da saúde, são implementadas as DCN da pedagogia. Ressurge a Fênix em outras áreas.

No Fórum Mundial de Educação em Dakar, no Senegal, em 2000, governos de 164 países, juntamente com representantes de grupos regionais, organizações internacionais, agências financiadoras, organizações não governamentais (ONGs) e “sociedade civil”, adotaram um Marco de Ação para lançar os compromissos de Educação para Todos (EPT). O Marco de Dakar estabelece seis objetivos que devem ser alcançadas até 2015. O objetivo três refere-se a habilidades, enunciado da seguinte forma: “Garantir que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam alcançadas por meio do acesso equitativo a uma aprendizagem adequada e a programas de habilidades para a vida” (UNESCO, 2015, p. 3).

Em relação a este objetivo a UNESCO em seu Relatório de Monitoramento Global 2015 (RMG 2015) ressalta que em sua amplitude tomou não apenas a educação formal das escolas, mas também experiências fora da escola, como capacitação profissional e outras oportunidades ao longo da vida. O relatório aponta que faltou, para esse objetivo, uma meta clara e mensurável e refere-se a um resultado – habilidades para a vida – que pode ser entendido de diversas maneiras. Além do estabelecido no objetivo três, o Marco de Ação de Dakar afirma:

A todos os jovens e adultos deve ser dada a oportunidade de obter conhecimento e desenvolver os valores, atitudes e habilidades que lhes possibilitem desenvolver suas capacidades para o trabalho, para participar plenamente de sua sociedade, para deter o controle de sua própria vida e continuar aprendendo (UNESCO, 2015, p. 27)<sup>50</sup>.

Três diferentes tipos de habilidades<sup>51</sup> são destacados pelo RMG 2015, quais sejam: habilidades básicas, habilidades transferíveis e habilidades técnicas e

---

<sup>50</sup> Para a UNESCO (RMG, 2015), monitorar o objetivo três, bem como outras deliberações, requer informações sobre valores, atitudes e habilidades não acadêmicas, pontos que não são nem avaliados internacionalmente nem relatados por sistemas nacionais de educação. Destaca dois tipos de habilidades para a vida, considerados relevantes para a saúde e a sociedade: conhecimento sobre HIV e AIDS e atitudes em favor da equidade de gênero (UNESCO, 2015, p. 25). Disponível em: <[http://www.unesco.org/new/pt/brasil/pt/about-this-office/single-iew/news/only\\_a\\_third\\_of\\_countries\\_reached\\_global\\_education\\_goals/#.VexXKH0I87o](http://www.unesco.org/new/pt/brasil/pt/about-this-office/single-iew/news/only_a_third_of_countries_reached_global_education_goals/#.VexXKH0I87o)>. Acesso em: ago. 2015.

<sup>51</sup> Conforme a UNESCO o indicador mais importante para avaliar oportunidades de aquisição de habilidades básicas é o acesso à educação secundária. Incluem alfabetização e habilidades básicas em matemática, considerados conhecimentos necessários para a obtenção de trabalho, como também essenciais para o avanço da carreira, para a participação cidadã ativa e para escolhas seguras a respeito da saúde pessoal. A educação técnica e profissional tem recebido muito mais atenção nos últimos anos, principalmente por parte da UE e da OCDE. A maioria dos defensores agora vê o treinamento de habilidades não como algo separado, mas como parte integrante da

profissionais. Habilidades básicas são aquelas necessárias para obter trabalho, capaz de pagar o suficiente para cobrir as necessidades diárias. As habilidades transferíveis são aquelas que podem ser adaptadas a diferentes ambientes, incluindo o laboral e possibilitam o progresso social. As habilidades técnicas e profissionais são conhecimentos específicos relacionados a atividades profissionais determinadas, que podem ser adquiridas por meio da educação secundária, da educação técnica e profissional formal ou por meio de treinamento baseado em um ambiente de trabalho, incluindo treinamento tradicional de aprendizes, entre outros (UNESCO, 2015).

Além disso, para as crianças e os jovens que tiveram de abandonar a escola prematuramente, o Relatório da UNESCO aponta como fundamental o oferecimento de programas não formais, de segunda chance e de retorno à educação formal, para que eles não percam a oportunidade de adquirir habilidades básicas. Devemos lembrar que tanto a educação quanto a saúde tem sua cota nos Objetivos do Milênio (ODM) (UNESCO, 2015).

O mote das competências, cantadas em verso e prosa, é de forma contundente explicitado por Kuenzer: “mudadas as bases materiais de produção, é preciso capacitar o trabalhador de novo tipo, para que atenda às demandas de um processo produtivo cada vez mais esvaziado (...) e a ele se submeta, compreendendo sua própria alienação como resultante de sua prática pessoal *inadequada*” (KUENZER, 2005, p. 3). Para a autora as capacidades se deslocam para “o desenvolvimento de competências cognitivas complexas”. Neste sentido, “as ferramentas que buscam superar os obstáculos decorrentes da fragmentação do

---

educação geral e, assim, devem ser oferecidas habilidades básicas e transferíveis juntamente com habilidades profissionais. Medidas diretas de habilidades cognitivas e socioemocionais têm surgido em vários países. Conforme a UNESCO, os resultados do Programa para Avaliação Internacional das Competências dos Adultos (PIAAC), da OCDE, e o estudo em curso do BM sobre Habilidades para o Emprego e à Produtividade (STEP), podem e devem ser usados para responder a questões-chave sobre como diferentes tipos de educação contribuem para o aprendizado e a aquisição de habilidades e como essas habilidades impulsionam oportunidades individuais de emprego e engajamento civil. O PIAAC avaliou a alfabetização e as habilidades básicas em matemática de adultos, assim como sua habilidade de resolver problemas em ambientes ricos em tecnologia. O STEP baseia-se principalmente em amostras de famílias e empresas em áreas urbanas de países de renda média, e investiga a proficiência da leitura, bem como habilidades específicas para determinadas tarefas como, habilidades básicas em matemática e de uso do computador, necessárias tanto dentro quanto fora do trabalho (UNESCO, 2015, p. 25-28). Disponível em: <[http://www.unesco.org/new/pt/brasil/ia/about-this-office/single-iew/news/only\\_a\\_third\\_of\\_countries\\_reached\\_global\\_education\\_goals/#.VexXKH0I87o](http://www.unesco.org/new/pt/brasil/ia/about-this-office/single-iew/news/only_a_third_of_countries_reached_global_education_goals/#.VexXKH0I87o)>. Acesso em: de. 2015.

trabalho têm a finalidade de evitar todas as formas de perda e assim ampliar as possibilidades de valorização do capital”, mais do que “reconstruir a unidade rompida” (KUENZER, 2005, p. 4). Atender às exigências do processo de valorização do capital, e em particular evitar todas as formas de desperdício, mobilizar o trabalhador para a multitarefa, ou o controle de qualidade feito pelo trabalhador sobre o seu colega trabalhador, e sobre si mesmo, são exemplos.

Mais que isso, busca se apropriar daquele conhecimento conquistado pela prática e experiência dos trabalhadores, o saber tácito, ou seja, aquele saber subjetivo sobre o trabalho que o trabalhador desenvolve ao longo de sua prática profissional. Para tanto são desenvolvidas estratégias visando extrair ao máximo este conhecimento tácito<sup>52</sup>, compartilhá-lo e transformá-lo em conhecimento da organização<sup>53</sup>. O trabalhador “é convocado a colocar à disposição da empresa aquilo que o capital não consegue comprar no mercado (...) o valor de uso da força de trabalho, pois ao comprá-la no mercado só o adquire potencialmente” (GUEDES, 2007, p. 3). Por outro lado, ao se concretizar esse processo, expropria os saberes do trabalhador.

(...) a conversão dos conhecimentos tácitos em explícitos é uma forma de controle do trabalho que tem como objetivo, promover não somente o controle dos meios de produção (...) mas também do conhecimento tácito do trabalhador (...) as formas de controle social no seio das organizações visam não só atingir o corpo físico dos indivíduos-trabalhadores, mas também sua subjetividade. Neste caso, uma das estratégias utilizadas pelas organizações é exercer o controle sobre o indivíduo através dos vínculos que este estabelece com a organização. Trata-se de um controle sutil, quase imperceptível, relacionado com os aspectos mais íntimos do indivíduo: seus desejos e sua necessidade de pertencer a um grupo e de estar realizado (BERH; NASCIMENTO, 2008, p. 7).

Processo que Ford já implementara no início do século XX. Diante disso, me vem à lembrança o período em que trabalhei em uma indústria, onde anualmente havia uma confraternização entre todos os trabalhadores e a direção, na qual

---

<sup>52</sup> A dimensão tácita do conhecimento é caracterizada por elementos “de caráter complexo, substancial, não passível de ensino, não articulado, não observável em uso e não documentado – possui uma notação subjetiva e singular, sendo a dimensão na qual o indivíduo tem uma maior emancipação, estando menos sujeito às diretrizes formais da organização. Além disso, o conhecimento tácito – caracterizado pela singularidade do indivíduo, pelas relações sociais, pela história de vida do trabalhador, enfim, por sua compreensão de mundo – é a dimensão na qual o indivíduo se identifica como um ser único e que se modifica na sua existência como membro de um corpo social, de forma autônoma e livre de pressões sociais” (BERH; NASCIMENTO, 2008, p. 8).

<sup>53</sup> Organização: modos de agregar/associar grupos para atingir finalidades mediatas ou imediatas, com ou sem permanências.

recebíamos cestas de final de ano. Ao discursarem, os dirigentes da empresa assinalavam “essa é a nossa festa, a festa da grande família empresa x”. Anos depois, quando já era professora da rede pública estadual, ouvi o seguinte diálogo: “a servidora x está? Ao que responderam: - Ela não está no setor agora, mas está na casa”. Velhas formas que se atualizam. Muda o local, a palavra, para manter o mesmo processo/forma de envolver, cooptar e alienar no trabalho.

Um breve percorrido por produções voltadas para o campo de estudos organizacionais, empresas, indústria, mercado, revela a importância da utilização do saber tácito do trabalhador e o uso / desenvolvimento de técnicas de extração desse conhecimento como ponto fundamental para a “vantagem competitiva” de uma organização, frente à noção de permanência inerente às instituições<sup>54</sup>. Nesta perspectiva,

(...) as organizações têm o desafio de abstrair o conhecimento tácito dos seus funcionários, tornando-o o mais decodificado possível, próximo do explícito. Hanashiro e Cleto (2007) defendem que o conhecimento tácito é um grande potencial para trazer vantagem competitiva para as empresas, possibilitando ganhos em termos de produtividade, qualidade e custo. Acrescentam ainda que, a gestão de conhecimento significa organizar e sistematizar, em todos os pontos de contato, a capacidade da empresa em captar, gerar, analisar, utilizar, disseminar e gerenciar a informação (...) conhecimento tem origem e habita a mente das pessoas ou dos agentes que executam um processo e isto demonstra a importância de compreender o que é conhecimento tácito e como ele pode ser utilizado enquanto diferencial para as organizações (...) (ROSARIO; KIPPER; FROZZA, 2014, p. 117-118).

Encontrei, também, o blog “Estratégia e Mercado”, cuja “missão” é fornecer informações úteis e dicas atualizadas sobre o mercado financeiro, imóveis, finanças pessoais, negócios, empreendedorismo e biocombustíveis. Nele há um pequeno artigo “Saiba o que é elicitación”<sup>55</sup>, assinado por Sérgio Andrade (2008), que chamou minha atenção. Embora este estudo não se volte especificamente para a área do autor, estratégia e mercado não podem ser ignorados, uma vez que parto da base material que estrutura nossa sociedade. Não há como rejeitar o conhecimento produzido e implementado na área da economia, administração, negócios, finanças,

---

<sup>54</sup> Instituição: o que permanece e estrutura as relações sociais

<sup>55</sup> Elicitación, elicitación: do Latim elicere; verbo transitivo – sentido próprio: fazer sair, por ardil ou por magia, evocar; fazer sair, tirar, arrancar - sentido figurado: provocar, atrair, excitar. O artigo encontra-se disponível em: <<http://estrategiaemercado.blogspot.com.br/2008/08/saiba-o-que-elicitao.html>>. Acesso em dez. 2014.

pois impactam diretamente em produções e termos utilizados em outras áreas do conhecimento e nas estratégias implementadas tanto na saúde como na educação.

Os termos podem parecer diferentes, mas o movimento e o resultado são muito similares. Por isso, julgo pertinente reproduzir aqui, partes do referido artigo, tendo presente a extração do conhecimento tácito do trabalhador, muitas vezes para amenizar/resolver situações cujo dever é do Estado, sem, no entanto fazer retornar a estes trabalhadores condições de trabalho, de salário, extraindo muito mais do que seria seu fazer. Conhecimento este que é dos trabalhadores, que pode trazer resultados positivos aos impasses que eles mesmos vivem e também à saúde da população, mas, que serão usados dentro do limite permitido, ou seja, desde que não interfira nos interesses daqueles que detém o poder/controla econômico.

Em inteligência competitiva, elicitación é o termo usado para a habilidade de extrair informações sutilmente durante uma conversa aparentemente normal e inocente. Muitos especialistas de inteligência são bem treinados para tirarem vantagem de uma oportunidade profissional ou social ao interagirem com pessoas que possuem acesso a informações privilegiadas ou confidenciais. Conduzida por um praticante experiente, elicitación assemelha-se a uma conversa social ou profissional que pode ocorrer em qualquer lugar (...) uma das vantagens da técnica de elicitación é que se trata de uma atividade de baixíssimo risco (...). Como técnica de obter informação, a elicitación explora diversos aspectos fundamentais da natureza humana (ANDRADE, 2008).

Para além do baixo risco há o baixo ou nulo custo da apropriação deste conhecimento. Concordo que seria interessante, como apontam Berh e Nascimento, observar como, na prática organizacional, os que nela estão inseridos percebem a gestão do conhecimento “os aspectos de controles objetivos e subjetivos dessa tecnologia de gestão e a forma como ocorre a produção do discurso nas organizações que defendem a gestão do conhecimento como solução para todos os problemas organizacionais” (BERH; NASCIMENTO, 2008, p. 9). A fala do entrevistado evidencia esse conhecimento tácito

**E20:** (...) quando eu chamava os colegas, eu dizia: ninguém de nós foi preparado para fazer o que hoje faz. A maior parte daquilo que nós fazemos hoje aqui (...) nós não fomos preparados pra isso, durante o trabalho nós fomos aprendendo. Bem ou mal, ineficientemente ou não nós fomos aprendendo, porém o que ainda não existe, é uma sistemática pra que você possa ter todo esse manancial de coisas que acontecem no teu cotidiano, e que te induz a alterar práticas do teu processo de trabalho. Ou seja, não tem alguma coisa que te diga: em algum momento você tem que escutar

mais (...) em algum momento você tem que intervir mais, em algum momento você tem que ajudar (...) a ver outras coisas. São coisas que você vai aprendendo de uma forma que ainda não está sistematizada. Todos os meus colegas também reconhecem, nós aprendemos no dia a dia.

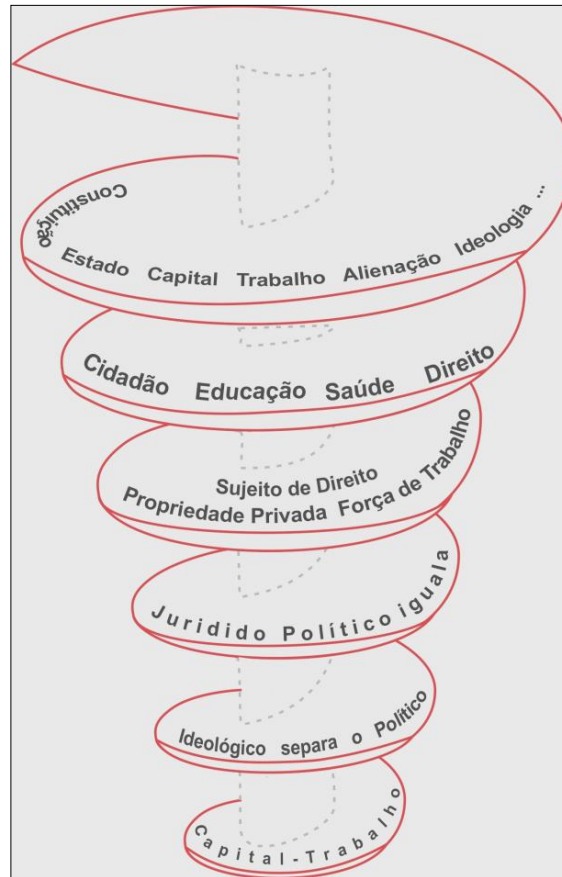
Ao mesmo tempo mostra que este conhecimento tácito é entregue, na resolutividade das situações concretas, sobre as quais o Estado se desresponsabiliza pelo processo e o estimula, desonerado de qualquer custo e/ ou retorno ao trabalhador.

Assim como as políticas públicas concretizam o que Francisco de Oliveira (2000) chama a destituição da fala dos sujeitos e a anulação da política, quando usa verbas públicas para atender aos interesses e necessidades do capital, também na gestão do bem público que é a saúde, o Estado ao aplicar as atuais normas e orientações para a gestão empresarial do público, apropria-se do conhecimento tácito, em nome de sua sistematização, para usá-lo como mecanismo de controle do trabalho e dos trabalhadores – elicitación do conhecimento.

A padronização imposta é ainda baseada no modelo taylorista fordista de gestão do trabalho em nome de uma nova roupagem. Ou seja, extrai o conhecimento tácito dos trabalhadores, sistematiza-o, regulamenta-o e o impõe a todos. Novos conhecimentos precisarão ser criativamente criados dando origem a novos conhecimentos tácitos, pois aqueles já se tornaram explícitos. Nesse sentido, “ao permitir que seu conhecimento tácito torne-se explícito, o trabalhador se expõe a críticas de outros colegas e permite que a organização, por deter seus conhecimentos, possa substituí-lo por outro, com salário menor” (BERH; NASCIMENTO, 2008, p 8).

Destituição da fala e anulação da política pelo movimento ideológico de dominação, onde o que, em princípio, seriam projetos societários diferentes, se mostram continuidade e semelhança, na criação de um consenso que dispensa coerção e não evidencia enfrentamentos.





Arte final: Daniel Fernando S Seferin

Nos movimentos do capital, nas crises geradas pelo próprio sistema, recuos estratégicos do que, em determinado momento, não pode ser implementado, tomam fôlego e retornam quando estão dadas as condições. Voltam com uma nova roupagem - uma nova aparência externa, mas a acumulação, concentração e centralização do capital, a forma de estruturação e os princípios permanecem os mesmos, a serviço do capital num processo histórico que produz permanências. As permanências percorrem caminhos.

## 4 UMA LONGA CAMINHADA: AS TOCHAS DE HÉCATE

Eu sou a dureza desses morros  
revestidos,  
enflorados,  
lascados a machado,  
lanhados, lacerados.  
Queimados pelo fogo  
Pastados  
Calcinados  
e renascidos.  
Cora Coralina.

No capítulo anterior a análise de estrutura da sociedade dialoga com a Educação Permanente. Neste capítulo, passo a examinar as políticas de saúde, enquanto parte da superestrutura. Desenvolvo as concepções de políticas públicas de saúde situando o Brasil, seguido da problematização acerca dos trabalhadores da saúde nas contradições entre a política anunciada e a realizada para a Educação Permanente em geral, em particular a Educação Permanente em Saúde, e especificamente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Neste longo caminho trazer a realidade dos trabalhadores da saúde envolve o debate sobre a Educação, Trabalho e Saúde, o SUS e a formação dos seus trabalhadores, e, singularmente o contexto gaúcho da Educação Permanente em Saúde.

### 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

Saúde como direito, como trabalho, como política, como fator condicionante da vida sempre foi lugar de disputa e, nesta disputa, a compreensão dos sentidos de políticas públicas é de lutas de hegemonia. Assim, se por um lado as políticas públicas expressam a orientação política do Estado como uma resposta às demandas colocadas pela sociedade, por outro lado, resultam da relação de forças presentes em um dado momento histórico, expressando um projeto de sociedade.

Conforme Gramsci (2002, p. 40), “há diversos momentos ou graus” na relação de força: 1) “A relação de forças sociais”, ligada a estrutura e independente da vontade; 2) “A relação de forças políticas”, ou seja, “a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização de grupos sociais”, quer no grau econômico-corporativo, na consciência do grau de solidariedade entre os membros do grupo, o momento em que “se adquire a consciência de que os próprios interesses corporativos (...) podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos”. 3) “A relação de forças militares”. Neste trabalho, o grau 2 proposto pelo autor é um dos fios condutores da análise da relação de força e caminho para compreender o Estado como “organismo próprio de um grupo, destinado a criar as condições favoráveis a expansão máxima desse grupo” concebida e apresentada como “força motriz de uma expansão universal” (GRAMSCI, 2002, p. 41-42).

As alterações na relação de forças modificam a lógica de funcionamento de instâncias de implementação da Política Pública. Muito embora uma política pública venha como algo da ordem, da regra e seja vivido assim, o serviço público torna essa política possível de se realizar, de se concretizar, como prática. No entanto, é preciso considerar como essa mesma política é compreendida e vivida pelo trabalhador. E, ainda, sob quais condições de trabalho ela será ou poderá ser colocada como prática. Tendo presente, no entanto, em que sociedade o trabalhador está inserido e qual a relação de forças estabelecida naquele momento histórico.

(...) a compreensão crítica de si mesmo advêm, portanto, através de uma luta de hegemonias políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no campo da política, para chegar a uma elaboração superior da concepção do real. A consciência de ser parte de uma certa força hegemônica (isto é a consciência política) é a primeira fase para uma ulterior e progressiva auto consciência em que teoria e prática finalmente se unificam (GRAMSCI, 1974, p. 41).

As políticas públicas são estratégias por meio das quais se viabilizam as intervenções reguladoras do Estado, estabelecendo uma complementaridade funcional entre o sistema de instituições políticas e o sistema econômico. As instâncias do poder político institucionalizado se entrelaçam e sustentam as formas como, no Brasil, se dividem e se descentralizam as ações enquanto as decisões orçamentárias permanecem centralizadas. O peso maior para os municípios na execução de políticas públicas foi associado à noção de desconcentração das

políticas de saúde. Nesse sentido é importante ter presente que o aparato jurídico é uma construção histórica e, portanto, reflete um projeto de sociedade. Ou seja, “a forma jurídica origina-se a partir das formas sociais mercantis capitalistas” e seu núcleo reside “no complexo que envolve o sujeito de direito” (MASCARO, 2013, p. 39).

A saúde não está fora do desenrolar das mudanças da sociedade. O processo de alterações da sociedade é também o processo de alterações da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2006). Assim, contradições se manifestam no circular de um discurso que se choca com a realidade, expressa pelos trabalhadores:

**E17:** Tivemos uma capacitação do PIM<sup>56</sup>. Tínhamos pensado inicialmente em que em um dos momentos os agentes comunitários pudessem estar, mas os agentes têm inúmeras tarefas, inúmeras dificuldades de horários, dificuldades inclusive geográficas de sair de lá e vir pra cá. Como é complicado na vida real conseguir conciliar, porque a ideia é de fato poder juntar, mas não é fácil.

**E12:** A rede aqui no município é constituída pelo profissional, pelo servidor, físico (...).

Por um lado, a lei afirma que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196). Tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, sendo que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, Art. 3º). Por outro lado, no bojo de uma sociedade vulnerabilizada como a brasileira, a realidade da saúde e, particularmente seus trabalhadores, demonstram como as políticas públicas são organizadoras na sociedade criando modos de ser no mundo.

(... ) para atacar esses problemas mundiais de saúde, o objetivo da força de trabalho é simples – conseguir os trabalhadores certos, com as habilidades certas, no lugar certo, fazendo a coisa certa! – e fazendo assim, manter a

---

<sup>56</sup> O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) foi instituído pela Lei Estadual n.º 12.544 em 03 de julho de 2006. Tem por finalidade o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade, com ênfase na faixa etária de zero a três anos, complementando a ação da família e da comunidade. O Comitê Gestor do PIM é constituído pelos titulares das Secretarias da Saúde, da Educação, da Cultura e do Trabalho e Cidadania e Assistência Social. A coordenação geral do PIM é executada pela Secretaria da Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

agilidade para responder a crises, preencher as lacunas atuais e antever o futuro (OMS, 2006).

Vemos nas colocações da OMS o perfilhamento à ideia da administração da eficiência<sup>57</sup>, eficácia<sup>58</sup> e efetividade<sup>59</sup>, propostos pela modelagem taylorista da administração em 1905. Apreender com que projeto de sociedade as políticas públicas estão ideologicamente comprometidas, compreender suas relações com esse projeto e sua organicidade com um processo de mudança é ver a possibilidade de, por meio do trabalho, os trabalhadores da saúde<sup>60</sup>, na sua relação com outros, se transformarem e transformar as relações sociais ou permanecer.

Para a OMS (2010), há dez causas principais de ineficiência nos sistemas de saúde entre as quais, uma estrutura de pessoal inapropriada ou dispendiosa, e profissionais desmotivados. Como razões da ineficiência, relativas a esta causa estão: “a conformidade com políticas e procedimentos pré-determinados para recursos humanos; resistência da classe médica; contratos fixos/inflexíveis; salários inapropriados; recrutamento baseado em favoritismos”. Para reverter essa situação a OMS propõe “realizar levantamentos com base nas necessidades e formação;

---

<sup>57</sup> Eficiência é uma relação custo benefício; referida a produtividade; fazer mais com o mínimo de recursos possíveis.

<sup>58</sup> Eficácia é voltada para os fins; alcance dos objetivos. É a relação entre resultados pretendidos e resultados obtidos.

<sup>59</sup> Efetividade é o resultado verdadeiramente observado. Estabelece relação entre os resultados e objetivos.

<sup>60</sup> No Relatório Mundial da Saúde 2006 - *Trabalhando juntos pela saúde*, a OMS calcula que exista no mundo um total de “59,2 milhões de trabalhadores de saúde remunerados trabalhando em tempo integral. Os prestadores de serviços de saúde constituem cerca de dois terços da força de trabalho global na área de saúde, enquanto o terço restante é composto por gestores em saúde e trabalhadores de apoio. A taxa de profissionais de enfermagem para profissionais de medicina varia de quase 8:1 na Região da África para 1,5:1 na Região do Pacífico Oeste. Há países nos quais existem aproximadamente quatro profissionais de enfermagem para cada profissional de medicina, como, por exemplo, no Canadá e nos Estados Unidos, enquanto Chile, Peru, El Salvador e México têm menos de um profissional de enfermagem para cada profissional de medicina. Cerca de dois terços dos trabalhadores são servidores públicos, enquanto um terço está no setor privado. As transições demográficas e epidemiológicas estimulam mudanças nas ameaças à saúde da população às quais a força de trabalho deve reagir. Políticas de financiamento, avanços tecnológicos e expectativas dos consumidores podem mudar dramaticamente as demandas sobre a força de trabalho dos sistemas de saúde (...). O Relatório 2006 não especifica quem compõe aquilo que chama ‘pessoal de enfermagem’. Pelo exposto inferimos que esta designação está abrangendo desde o enfermeiro até o técnico ou auxiliar de enfermagem. O relatório aborda a questão da força de trabalho no sentido de “vida útil de trabalho”, com foco em estratégias relacionadas ao “estágio em que as pessoas se integram à força de trabalho, o período de suas vidas durante o qual elas fazem parte da força de trabalho e o ponto no qual elas saem dela (OMS, 2006, p. 5-6, 8). Já no Relatório Mundial da Saúde de 2010 – *Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal* – o foco recai sobre melhorar a eficiência para alcançar a cobertura universal em saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso: dez 2014.

rever as políticas remuneratórias; introduzir contratos flexíveis e/ou pagamentos relacionados com o desempenho; implementar delegação de tarefas e outras formas de adequar as competências às necessidades” (OMS, 2010, p.67).

Entre a administração taylorista e as causas da ineficiência há um movimento, que não é fruto de uma determinação direta, de um desenvolvimento espontâneo ou da vontade e decisão deste ou daquele indivíduo, movimento, e ou instituição, nem é feito por decreto. É processo histórico. É intervenção no mundo. É luta política pela criação e recriação das relações sociais. Processo histórico como movimento nas suas contradições, em cada momento, mas que tem que ser olhado como um todo, na sua totalidade como processo.

O trabalho, como nos aponta Marx (2003), é fundamento da vida social. No entanto, cotidianamente, na sociedade capitalista, o trabalho como criador da condição humana é desconsiderado, num movimento que o transforma, como nos diz Frigotto (2000), de força criadora em alienação e mercadoria força de trabalho,

(...) no plano da ideologia, a representação que se constrói é a de que o trabalhador ganha o que é justo pela sua produção, pois parte do pressuposto de que os capitalistas (detentores de capital) e os trabalhadores que vendem sua força de trabalho o fazem numa situação de igualdade e por livre escolha. Apaga-se, portanto, o processo histórico que até o presente mantém o gênero humano cindido em classes desiguais e que permite a exploração de uns sobre outros (FRIGOTTO, 2008, p. 403).

A reificação do trabalhador se expressa na fala do entrevistado:

**E14:** Como a gente se conhece a gente se telefona, e consegue algo (...) eu sou um patrimônio, só falta me botar número de patrimônio.

Essa realidade, entretanto, é inerente à especificidade do sistema capitalista e não à natureza do ser humano. O capitalismo, juntamente com a inversão que realiza na natureza do trabalho, cinde as esferas sociais, dissimulando seus vínculos históricos e necessários. Cisão efetuada, especialmente, entre as esferas política e econômica, promovendo, dessa forma, uma despolitização e um esvaziamento do conteúdo social da economia, apresentando-a como a-histórica e naturalizada (WOOD, 2003).

Naturalização da economia que, no entanto, cai por terra, se atentamos para o fato de que a forma como os homens produzem e com que meios produzem é um processo dialético e historicamente específico, ao qual Marx denominou modo de

produção. Neste, a dinâmica das principais mudanças históricas está ligada às contradições, ao choque entre as relações de produção e às forças produtivas quando, então, um modo de produção dá lugar a outro. Essas contradições presentes em todos os modos de produção, no capitalismo, se apresentam antagônicas.

(...) em certo estágio de desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes ou, o que é a sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das quais se tinham movido até então. De formas de desenvolvimento das forças produtivas, estas relações transformam-se no seu entrave. Surge então uma época de revolução social (...) (MARX, 1977, p. 24-25).

As possibilidades de transformação das relações sociais se constituem numa relação orgânica entre o econômico e o ideológico, articulada por meio da atividade política, num processo de lutas que vai se desenvolvendo num enfrentamento dialético. Este difícil embate se dá dentro de uma sociedade na qual existe um processo de inversão de prioridades, ou seja, as necessidades dos seres humanos passam a ser secundárias diante dos interesses do Capital.

Gramsci afirma que a construção de hegemonia cria um novo terreno ideológico e nesse mesmo movimento "determina uma reforma das consciências e dos métodos de conhecimento, é um fato de conhecimento" (GRAMSCI, 1987, p. 52). Para o autor, a ideologia é mais de uma, e, distingue: as "ideologias historicamente orgânicas, necessárias" a uma dada estrutura - "organizam as massas humanas", pois formam o terreno em que *os homens* se movem, adquirem consciência da sua posição e lutam -; e as "ideologias arbitrárias", aquelas que criam apenas "movimentos individuais, polêmicos". Podemos encontrar a materialização dessa distinção, quando ele afirma que as "forças materiais são o conteúdo e as ideologias a forma", embora, conforme o próprio autor, essa diferenciação entre forma e conteúdo seja um recurso didático, pois "as forças materiais não seriam concebíveis historicamente sem a forma e as ideologias seriam caprichos individuais sem as forças materiais" (GRAMSCI, 1974, p. 103).

Na sociedade capitalista ocidental, Gramsci salienta que não basta tomar o poder, é necessário construir hegemonia. E construir hegemonia é construir outra ideologia que se compromete e se compromissa com outra forma de olhar, ver, entender, explicar, conceber e constituir esta sociedade; e, assim, seja capaz de

dissolver, enfrentar e cimentar uma sociedade que seja organizada num outro referencial que não o da construção da mais valia. Para um projeto alternativo de sociedade, trata-se de estabelecer uma ideologia capaz de produzir uma relação diferente.

A ideologia é, portanto, concebida por Gramsci de forma ampliada, que, embora condicionada pelo econômico, configura também um elemento ativo, com certa autonomia, permeando todas as atividades do ser humano, bem como as relações que estabelecem entre si e com a natureza. Assim, se por um lado a ideologia dominante é reconhecida como um instrumento eficiente de dominação, por outro, é, também, percebida como possibilidade e necessidade, sendo compreendida como resistência e luta por hegemonia contra a dominação de classe.

Para Chauí (1982), a ideologia é uma forma específica do imaginário social moderno,

(...) é a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmo o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência, que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade, por ser o modo imediato e abstrato de manifestação do processo histórico, é o ocultamento ou dissimulação do real (...). É um corpo sistemático de representações e de normas que nos "ensinam" a conhecer e agir (CHAUI, 1982, p. 3).

Chauí ao definir ideologia reforça a permanente presença da ideologia na sustentação das relações que os homens estabelecem entre si, como as explicam, as mantém ou as transformam, como coletivo. Isto, de acordo com Gramsci, está sempre presente e varia conforme a posição dos grupos sociais fundamentais e inserção de classe.

Tomando Gramsci como referência, digo que conformado pela ideologia dominante de classe, ou frações dessa, a que pertence este *grupo de agentes* (entendido como grupo que desenvolve um mesmo tipo de ação, seja ela profissional, religiosa, cultural), por meio da ideologia se sedimenta não só a explicação das relações sociais e do mundo, mas as próprias práticas e sua automação, desenvolvendo-se o mecanismo de alienação social, no sentido de que tais agentes não se percebem como quem estabelece estas práticas, estas relações, naturalizando-as.

Reiterando. Se saúde está ligada às condições de vida, de trabalho, de acesso, de bem estar, de necessidades atendidas, os programas, planos e ações a



elas concernentes indicam os avanços sociais, os recuos, as contradições de uma sociedade. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde pode ser entendido como a especificidade de uma concepção de saúde de uma sociedade: a sociedade brasileira.

## 4.2 A SAÚDE NO BRASIL

Abordar a saúde no Brasil é importante, tendo em vista que o país está inserido numa totalidade que é o modo de produção capitalista. Para que o capital possa reproduzir-se condições são necessárias, e saúde e educação, como parte da superestrutura são chamadas a entrar em ação. Saúde para manter em condições e ativa a força de trabalho e educação para formar “uma nova cultura” condizente a cada momento do processo histórico de acumulação, e suas metas, para os trabalhadores da saúde.

O processo da Revolução Industrial, iniciado a partir de 1750, na Europa, produziu uma transformação radical no caráter do trabalho. Nesse contexto, surgiu o Liberalismo, corrente do pensamento econômico que propunha uma nova ordem baseada na liberdade de comércio.

A expansão dos negócios impedida pela presença do Estado foi duramente combatida pela nova corrente por meio das proposições de que a economia se auto-regulava através de suas leis naturais, da defesa da livre concorrência e da defesa da propriedade privada. Ao longo desse período, houve um extraordinário crescimento das forças produtivas que alteraram profundamente o quadro das relações sociais. A Revolução Industrial assinalou a consolidação do modo de produção capitalista que, daquela época aos dias atuais, passou por diferentes periodizações.

Como já referido anteriormente, a vinda da corte portuguesa para o Brasil acarretou mudanças. D. João rompeu o estatuto colonial do monopólio, abrindo os portos às nações “amigas” e tratando de combater as epidemias que traziam prejuízos ao comércio. Conforme Escorel e Teixeira (2008), em 1808 foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em nossas terras,

(...) a Fisicatura-mor, encarregada de fiscalizar o exercício da medicina, mas que acabou praticamente limitada ao estabelecimento de exames para

habilitar os interessados em trabalhar oficialmente nas artes da cura e, principalmente, na aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem habilitação legal e a Provedoria-mor de Saúde, cujo objetivo era garantir a salubridade da corte, atuando na fiscalização de navios para impedir a chegada de novas doenças em nossas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 334).

A independência chegou num Brasil agrário, calcado no trabalho escravo, na exportação de produtos tropicais para Europa e consumidor de produtos importados. Era necessário nesse momento organizar o Estado sem, no entanto colocar em risco os interesses do grupo hegemônico, ou seja, garantindo o privilégio das elites internas e preservando relações externas de produção, em que o café passou à principal produto de exportação. O trabalho escravo foi substituído pelo trabalho assalariado do imigrante europeu. Escravo não consumia, pois não era remunerado. Era um entrave à economia capitalista. O trabalho braçal, antes visto como inerente ao escravo foi dali em diante tomado como mola propulsora do crescimento e enriquecimento (ESCOREL; TEIXEIRA. 2008). No entanto, as condições de vida e de saúde da maioria da população continuavam precárias.

A partir de 1828, as atividades de saúde ficaram sob a alçada das câmaras municipais regionais. A organização dos serviços era mínima e a assistência aos pobres e miseráveis era feita por instituições beneficentes ligadas a igreja. Os demais recorriam aos poucos médicos existentes, cirurgiões, barbeiros e curandeiros. As preocupações giravam em torno da capital do país. No entanto, o recrudescimento de epidemias como a da febre amarela e a presença da varíola, entre outras, exigia uma reforma.

A solidariedade de classes, a igualdade dos homens perante a lei, o desenvolvimento da civilização, tão caros ao capital emergente, velava e vela ainda atualmente a desigualdade entre estes mesmos homens quanto à distribuição da riqueza.

No final do século XIX, tivemos mudanças importantes na saúde pública no país, tendo em vista as transformações no contexto internacional, entre as quais a expansão industrial, a modernização tecnológica, a diversificação da utilização da energia elétrica, o desenvolvimento dos transportes e o surgimento da microbiologia.

Com a Constituição Republicana de 1891, a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal, ficou a cargo do

governo central. As atividades de saúde pública praticamente se restringiam às epidemias combatidas principalmente pelo isolamento dos doentes e,

(...) as medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade. Nesse campo, tinha destaque a fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 341).

Frente à ação limitada do Estado e tendo em vista os interesses econômicos da oligarquia cafeeira, São Paulo e Rio de Janeiro fizeram suas reformas sanitárias, porém voltadas para os centros urbanos e para doenças que punham em risco o modelo agroexportador. Por outro lado, as ações de saúde pública do Estado até a primeira década do século XX, deixavam ao abandono as áreas da 'periferia' das cidades e o interior do Brasil, com problemas graves de desnutrição, verminose, malária, ancilostomose, doença de Chagas, lepra. De acordo com Lima e Pinto (2003) no período de 1903 a 1909 “privilegiaram-se o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola” (p. 1040).

Finkelman (2002) aponta que em relação às Américas, no final do século XIX e início do século XX a febre amarela “era considerada o grande desafio de política sanitária, especialmente no que se refere ao comércio entre as nações”. Assinala o autor que a mesma foi “uma das doenças mais marcantes da história da saúde pública brasileira, com impactos sobre os processos políticos e o desenvolvimento científico no país” (FINKELMAN, 2002, p. 38).

Mesmo com destaque para o saneamento urbano da capital do país, a situação da saúde da população e os problemas sociais no interior começam a aparecer, principalmente por meio de relatórios de expedições científicas ao interior, que proporcionaram ampliação do conhecimento sobre as 'doenças tropicais' e desvelaram um Brasil com problemas sérios e que não podiam mais passar despercebidos.

(...) é habitual dizer-se, e nós mesmos já temos cometido esse pecado, que o povo sertanejo é indolente e sem iniciativa. A verdade, porém, é outra. A ausência de esforço e de iniciativa dessa pobre gente é proveniente do abandono em que vive, e da incapacidade física e intelectual, resultante de

moléstias deprimentes e aniquiladoras, cabendo nessas regiões, à moléstia de Chagas a primazia desse malefício (NEIVA; PENNA, 1916, p. 221).

Essas questões são demarcadas no período que vai aproximadamente de 1910 a 1920 e que tem como característica “a ênfase no saneamento rural, em especial o combate a três endemias rurais: ancilostomíase, malária e a então recém-descoberta doença de Chagas” (LIMA e PINTO, 2003, p. 1040).

Terminada a Primeira Guerra, a gripe espanhola assola inúmeros países, inclusive o Brasil. De acordo com Pitta (2010) os milhares de mortes decorrentes da gripe espanhola, “marcam a intensificação do movimento operário e do anarquismo”, e as “primeiras greves operárias marcam a revolta e as insatisfações dos excluídos pobres e desassistidos com as relações de produção vigentes”. Tem início “os acordos entre patrões e empregados, num contexto internacional em que explode a revolução bolchevique” (PITTA, 2010, p. 128).

Movimentos e organizações nacionalistas se constituem. No Brasil, entre outros, se estruturou a Liga Pró Saneamento que buscava alertar e obter apoio das elites do país para uma ação pública efetiva de saneamento do interior, almejando ainda, a criação de um órgão público de abrangência nacional que desse uniformidade aos serviços, além de realizar e coordenar ações em todo o país, promovendo reformas na saúde (HOCHMAN, 1998).

A conjunção de vários fatores culminou com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por meio do Decreto 3.987 de 2 de janeiro de 1920<sup>61</sup>. O DNSP passa a legislar sobre diversos aspectos que até aquele momento não tinham recebido a atenção do Estado, entre os quais se destacam:

(...) a regulação da venda de produtos alimentícios, para controle das infecções gastrointestinais (maior causa de mortalidade infantil no país); a normatização das construções rurais, para impedir a proliferação da doença de chagas e outros males; a regulamentação das condições de trabalho de mulheres e crianças; a fiscalização de produtos farmacêuticos; e a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos nossos portos. Além desses aspectos, o Estado, através do DNSP, passou a se responsabilizar pela elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias em nível nacional e pela produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país (SCOREL E TEIXEIRA, 2008, p.355).

---

<sup>61</sup> Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=32534&norma=48173>>. Acesso em dez 2014.

Assim, as ações e estruturas do setor saúde foram se constituindo, foi tomando forma uma organização sanitária para o Brasil e se ampliando a responsabilidade do Estado pelos problemas de saúde nacionais. Ao mesmo tempo, com o crescimento “da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão de obra” (LIMA E PINTO, 2003, p. 1043). A ampliação das funções e responsabilidades frente às questões sanitárias levou o governo federal, em 1925, à criação de cursos de higiene e saúde pública.

Com as frequentes crises do café, muitos produtores passaram a investir parte de seus lucros na indústria. Aliado a isso, imigrantes que trabalhavam na agricultura foram buscar novas oportunidades na cidade, servindo como força de trabalho para o setor industrial. Assim, gradativamente a indústria brasileira foi ganhando o mercado interno.

A quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929 abalou o mundo, afetando os países que dependiam de exportações para os Estados Unidos, como o Brasil, que deixou de vender milhões de sacas de café. A superprodução do café aliada à queda das exportações fez cair velozmente o preço do produto. Estratégias foram criadas no intuito de deter perdas, como escassear o produto e segurar os preços com socialização das perdas, mas em vão. A cafeicultura brasileira e as estruturas da República Velha estavam afetadas.

Aliada aos problemas econômicos está a ruptura política do acordo do café com leite. A oposição às oligarquias mais tradicionais aproveitou o momento para conquistar espaço político e formar alianças. A classe média urbana e o 'proletariado industrial', tornaram-se forças sociais expressivas, desestabilizando a hegemonia das tradicionais oligarquias agrárias. A culminância desse processo foi à chegada de Vargas ao poder em 1930 onde se manteve até 1945.

Nesses anos, o Brasil passou por mudanças, entre as quais, o crescimento da sociedade urbana em relação à agrária; a indústria ampliou seu espaço na economia nacional; a burguesia empresarial das cidades aumentou seu poder sobre as tradicionais oligarquias do campo; a classe média e o operariado cresceram em quantidade e conquistaram maior importância na vida política do país. Foi o período

em que outros grupos se fizeram ouvir nos assuntos de Estado, embora a elite cafeeira mantivesse sua posição de liderança nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Num contexto em que o grupo dirigente buscava constituir um estado forte e centralizado, que integrasse as esferas nacional, estadual e municipal em um projeto político-administrativo mais unificado, de construção do Estado desenvolvimentista nacional e demandando a adequação das estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da 'sociedade' (HOCHMAN, 2005), foi criado, pelo Decreto 19.402 de 14 de novembro de 1930<sup>62</sup>, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP).

Com o crescimento da indústria o número de operários aumentou e também uma consciência maior dos mesmos sobre a necessidade de lutar por seus direitos. Cabe salientar que esse operariado vivia em precárias condições de higiene, habitação e saúde. Percebendo a crescente força da classe operária, Vargas, como ninguém, elaborou uma política trabalhista, inspirada no fascismo italiano, que tinha um duplo papel, ou seja, conquistar a simpatia dos trabalhadores e exercer domínio sobre eles, através do controle de seus sindicatos. Dessa forma, se por um lado o Estado reconhece sua força, por outro limita sua autonomia. Além do poder centralizado do Estado, buscou o estabelecimento de um novo contrato entre capital e trabalho através de políticas sociais que favorecessem o desenvolvimento urbano industrial.

Em 1937 o Ministério da Educação e Saúde Pública é reorganizado e passa a denominar-se Ministério da Educação e Saúde<sup>63</sup>. Nesse mesmo ano foram instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, que deveriam ser realizadas a cada dois anos, com o objetivo de “facilitar ao Governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde, bem como na concessão de auxílio e da subvenção federais”

---

<sup>62</sup> Decreto 19.402 de 14 de novembro de 1930. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102716>>. Acesso em jan 2014.

<sup>63</sup> Lei 378 de 13 de janeiro de 1937. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em jan 2014.

(BRASIL, 1937). No entanto, somente em 1941 estas Conferências foram convocadas por meio do Decreto nº 6788 estabelecendo:

§1º – A Primeira Conferência Nacional de Educação (...) tratará dos problemas da educação escolar e extra-escolar em geral, devendo, todavia constituir assuntos principais de seus trabalhos os seguintes: a) organização, difusão e elevação da qualidade do ensino primário e normal e do ensino profissional; b) organização, em todo país, da Juventude Brasileira.

§ 2º – A Primeira Conferência Nacional de Saúde [...] devendo ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

Até o ano de 2015 foram realizadas 15 Conferências Nacionais de Saúde. A partir da Lei 8142/90<sup>64</sup>, em cada esfera de governo o SUS tem como instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Ficou estabelecido então, que a Conferência de Saúde se reuniria a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Muda assim, a feição das Conferências, ampliadas para outras esferas e contando com maior representação social. Desenha-se um novo espaço de relação de forças. As conferências de Saúde são mecanismos de “formação da vontade política”, que colocam diferentes segmentos sociais em interação e articulação num processo de construção das linhas gerais da política do sistema de saúde (FLEURY; OUVRENEY, 2008). Pelo quadro a seguir é possível visualizar os temas que foram o centro de cada Conferência ao longo dos anos.

**Quadro 4 - Conferências Nacionais de Saúde**

<b>CNS</b>	<b>Ano</b>	<b>Tema Central</b>
1ª	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª	1963	Descentralização na área de saúde
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde

<sup>64</sup> Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

5ª	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª	1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
7ª	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª	1986	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.
9ª	1992	Municipalização é o caminho
10ª	1996	Construção de modelo de atenção à saúde
11ª	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª	2003	Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos o SUS que queremos
13ª	2007	Políticas de Estado e Desenvolvimento
14ª	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.
15ª	2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Conselho Nacional de Saúde<sup>65</sup>

A partir de 1930 expandiu-se a Previdência Social diferenciada por categorias de trabalhadores urbanos. Conforme Paim (2013), paralelamente a implantação por Getúlio Vargas “dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) para aqueles vinculados ao mercado formal de trabalho, criava-se a Legião Brasileira de Assistência para os excluídos do mercado e da previdência”. Complementa o autor que “no retorno à democracia em 1945, manteve-se o padrão previdenciário para os trabalhadores e a assistência social para os pobres” (PAIM, 2013, p. 1929). Especialmente a partir de 1937 a interferência do poder central na Saúde Pública dos Estados se acentuou.

A influência dos Estados Unidos, durante as duas Guerras Mundiais, levou o Brasil a adotar uma forma de assistência centrada em grandes hospitais, guardando um lugar secundário para os serviços que, hoje, chamamos de rede de atenção básica. Assim, é preciso ter presente a articulação da saúde e do mercado, uma vez que grandes hospitais atendem aos interesses da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos.

<sup>65</sup> Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em jul 2014.



Ao retornar ao poder, em 1951, Vargas retomou o nacionalismo econômico e a política de amparo aos trabalhadores urbanos. Em 1953 o Ministério da Educação e Saúde dá lugar à criação de dois Ministérios: o da Educação e o da Saúde. O período Vargasista deixou como marca a separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária, “a saúde pública destinava-se a controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias (...) direcionada a solucionar problemas de saúde da coletividade, já a assistência pública (médica) era de caráter individual” (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 366).

Em meio ao tumulto de sua chegada à condução do país, João Goulart convocou, em julho de 1963, pelo Decreto 52.301, a 3ª Conferência Nacional de Saúde para tratar de problemas de saúde e assistência, com destaque para: a) situação sanitária da população brasileira. Apresentação geral do problema; b) distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; c) municipalização dos serviços de saúde; d) fixação de um plano nacional de saúde (BRASIL, 1963). O relatório da Conferência aponta que era impossível colocar um médico ou enfermeiros qualificados em cada município ou localidade do interior do país, no entanto, era possível,

(...) equacionar de forma prática e realista as necessidades fundamentais destes municípios, promovendo a utilização, em larga escala de pessoal técnico de menor qualificação, convenientemente preparado, e sob supervisão médica, para o desempenho dos serviços básicos mínimos nas pequenas localidades interioranas (...) medidas primárias de saneamento do meio; fiscalização de gêneros alimentícios, habitações e estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos; imunização contra as doenças transmissíveis; prestação de primeiros socorros de assistência médica; levantamento de dados essenciais de estatística vital e controle de cemitérios (BRASIL, 1963, p. 105).

A proposta era de “recrutar”, nas próprias comunidades, estes trabalhadores e reafirmando a necessidade de preparação de pessoal para a saúde. Os integrantes da Conferência eram representantes do governo federal, dos estados e territórios, porém abriu a possibilidade de que os dirigentes de cada unidade federativa levassem assessores técnicos para participar dos trabalhos.

Os últimos meses da presidência de João Goulart caracterizaram-se por uma intensa polêmica entre os interesses nacionais e o capital estrangeiro; em 1963 houve a limitação da “transferência de divisas da indústria farmacêutica para o

exterior e, no Ministério da Saúde, começou-se a investigar casos de superfaturamento na importação de matérias-primas para a produção de medicamentos” (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 381).

As forças armadas assumem o comando em março de 1964 e a partir de abril deste ano, uma nova ordem foi imposta ao país, adotando um modelo de desenvolvimento dependente, subordinando o país aos interesses do capital e à tecnologia estrangeira. Durante esse período o Ministério da Saúde foi enfraquecido normativa e financeiramente. O sistema de atenção estatal a saúde caracterizou-se pela predominância da lógica e do modelo da previdência social e os recursos concentrados na previdência.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios para todos os trabalhadores segurados, ou seja, apenas para os trabalhadores com carteira assinada, numa Previdência Social concentrada e num crescimento da demanda por serviços médicos.

Ganhou difusão no Brasil a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, articuladas nos Estados Unidos, nos anos 1950 e 1960.

A Medicina Preventiva surge a partir da percepção de uma crise da prática médica, decorrente do crescimento da especialização e dos custos da atenção e das dificuldades de expansão da cobertura. Como resposta de viés liberal, procura manter afastada a possibilidade de intervenção estatal na organização dos serviços de saúde, prometendo melhorias na prática médica através de mudanças na educação médica. (...) as reformas defendidas se atêm a um projeto pedagógico, e não a uma reforma da organização da assistência (...) (SOUZA, 2014, p. 9).

Na tentativa de colocar em prática, operacionalizar o que o preventivismo pregava, para além da universidade e seus departamentos, e ao mesmo tempo buscar diminuir as tensões sociais, a Medicina Comunitária veio como estratégia.

Trata-se da organização de serviços de saúde extra-hospitalares, destinados ao exercício profissional do novo médico, portador de uma atitude integral, preventiva e social *vis-à-vis* seus pacientes. As atividades assistenciais em comunidades, além de servirem para a formação desse novo profissional, visam a contribuir para a expansão da cobertura da atenção médica, especialmente para segmentos carentes da população (SOUZA, 2014, p. 10).

Mas nem uma nem outra foi efetiva naquilo que aparentemente propunham. No entanto, antes que isso ficasse evidenciado os dois movimentos “são ativamente disseminados para a América Latina, por meio de atividades de fundações privadas norte americanas (Kellog, Rockefeller, Milbank e Ford) e da Organização Pan-Americana da Saúde” (SOUZA, 2014, p. 10).

Nas décadas de 1960 e 1970, na América Latina em geral e no Brasil em particular, houve a criação dos departamentos de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina. A abordagem dos problemas de saúde começou a sofrer mudanças pela introdução, na universidade, da questão social como inerente e pertinente à medicina e à saúde. Com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a universidade passou a ser um reduto de contestação ao governo autoritário. Nos departamentos recém-criados se aglutinou e difundiu o pensamento crítico na saúde. Conforme Escorel e Teixeira (2008) são lançadas as bases universitárias do movimento sanitário, propondo uma transformação do sistema de saúde vigente.

No entanto, a saúde e suas práticas fazem parte da totalidade da sociedade em que estamos inseridos e nesse sentido as palavras de Arouca (2003) trazidas por Souza (2014) são reveladoras ao apontar que o preventivismo, “alude a uma crise real da assistência médica, mas ilude e se ilude com a proposição de uma mudança que, na verdade, é uma tentativa de manutenção” (SOUZA, 2014, p. 11).

No governo Geisel (1974-1979) o que orientou as estratégias para o desenvolvimento no setor saúde, foi a premissa de que faltava capacidade gerencial e estrutura técnica, e que retorna atualmente com muita força. Conforme Paim (2008) tiveram início as chamadas políticas racionalizadoras, que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário.

Cabe lembrar que a crise na transição dos anos sessenta para os anos setenta do século XX foi profunda: houve queda da taxa de lucros; o crescimento econômico se reduziu; a desvinculação do dólar do ouro causou um colapso da ordem financeira mundial; houve o choque do petróleo; a pressão dos movimentos sindicais, dos movimentos sociais e recessão, levando o capital a articular respostas que modificaram o cenário mundial (NETTO e BRAZ, 2011).

Em novembro de 1973, o governo brasileiro assinou um acordo com a Organização Panamericana da Saúde, para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Em 1974, o Ministério da Saúde instituiu pela Portaria 271 um grupo interministerial de trabalho, para “estudar a situação e perspectivas dos recursos humanos para a saúde e propor soluções a serem incorporados no II Plano Nacional de Desenvolvimento – Saúde” (BRASIL, 1976, p.3).

Em seu relatório final, o grupo interministerial apresentou a proposta de um programa com projetos destinados a cobrir três grandes áreas de ação sob a responsabilidade direta do MS: a do “planejamento de recursos humanos propriamente ditos; a da preparação direta de pessoal para a saúde; a de apoio ao desenvolvimento do programa nacional para a preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde” (BRASIL, 1976, p. 3). Nesse processo, o MS contou com a colaboração direta do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e da OPAS. Era o embrião do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Em 1975 foi assinado um acordo complementar entre a OPAS e os Ministérios da Saúde e o da Educação e Cultura (BRASIL, 1976, p. 81).

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) trazia como justificativa a constatação de distorções entre a quantidade de “recursos humanos” existentes e a oferta projetada para os anos futuros; a distância existente entre sistema formador e os serviços; das novas necessidades, oriundas das orientações governamentais, para expansão e melhoramento da prestação de serviços à população, bem como do que era necessário para organização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1976). Questões que já se faziam presentes no Informe Final da III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, ocorrida em Santiago do Chile no ano de 1972.

O Programa apresentava três objetivos principais voltados para adequar gradativamente à formação de trabalhadores, vistos como recursos humanos, para a saúde, ao que era requerido por um sistema de serviços integral e com cobertura máxima possível, conforme as necessidades da população e as possibilidades das diversas realidades apresentadas pelo País.

(...) Primeiro objetivo: preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e esperados e permitir a extensão da cobertura e a melhoria da prestação de serviços; Segundo objetivo: apoio a constituição, implantação e funcionamento de dez regiões docentes assistenciais de saúde, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes; Terceiro objetivo: apoio aos estabelecimentos de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada Estado da União, integrados aos sistemas de planejamento setorial correspondente (BRASIL, 1976, p. 5).

Interessante observar que, guardadas as proporções e a temporalidade, algumas das estratégias específicas apontadas para a consecução dos objetivos do PPREPS, se reapresentam na atualidade, como a retomada de um projeto interrompido sobre novas / velhas bases.

Nesse sentido, uma das propostas apresentadas pelo Programa era a da preparação de agentes comunitários de saúde “não vinculados empregaticamente às instituições de saúde, dentro do esforço nacional em expandir as ações de saúde a toda população com aproveitamento dos recursos e a participação ativa das comunidades” (BRASIL, 1976, p. 14-15). Para operacionalizar a proposta era necessário,

(...) o desenvolvimento de formas (tecnologia) instrucionais que o permitam. O PPREPS promoverá o desenvolvimento de modelos instrucionais apropriados ao treinamento em massa de pessoal com custos marginais decrescentes e aplicáveis nas diversas situações que o país apresenta e que permitam a progressiva melhoria da capacitação realizada. Nesse sentido se pretende apoiar a preparação de módulos instrucionais progressivos dos conteúdos profissionalizantes por nível e categorias profissionais e a preparação de instrutores para sua aplicação. Tais módulos deverão ser flexíveis e permitir sua adequação às condições e necessidades de cada realidade e simples bastante, nas categorias de pessoal elementar, para permitir sua aplicação por instrutores de nível médio (BRASIL, 1976. p. 14 -15).

O desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) deu amplitude ao que não era possível na década de 70 do século XX. A EAD possibilita a 'formação' de uma massa de trabalhadores em todo vasto território nacional, em curto espaço de tempo, difundindo conceitos, unificando conteúdos passíveis de adequar-se a especificidades locais, articulados a regionalização e a descentralização.

Em termos nacionais, ao tempo de criação do PPREPS, foi realizada a V Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, foi lançado o Programa de

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)<sup>66</sup>. O PIASS objetivou inicialmente criar e operar unidades sanitárias para desenvolver ações de saúde em comunidades de até vinte mil habitantes, no Nordeste. Porém, em 1979 o Decreto nº 84.219<sup>67</sup> aprova sua expansão para todo o País. Em 1981 foi institucionalizado na estrutura do Ministério da Saúde (ESCOREL, 2008).

Para contornar entraves na implantação do Sistema Nacional de Saúde<sup>68</sup> o governo investiu nos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) de serviços de saúde, uma proposta de prestação de serviços a grupos sem acesso ao “consumo médico”. Em relação aos PECs,

(...) embora se caracterizassem como propostas dominadas por referência ao conjunto das políticas de saúde e ao modelo médico-hospitalar dominante representavam uma “estratégia de reserva” do Estado face à crise do setor e, simultaneamente, um espaço de luta para as forças progressivas (PAIM, 2008, p. 76).

Pela Lei nº 6.439 de 1977 (BRASIL, 1977) foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), ficando a área de atenção médica sob a responsabilidade e competência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Fato que aprofunda a dicotomia coletivo / individual, quando reforça a atuação da Previdência na atenção médica, como conjunto de ações, por meio de seus serviços próprios e dos contratados/conveniados. As fissuras no autoritarismo se alargavam e nelas a busca pela redemocratização do país se instalava.

Na dimensão internacional, os anos de 1970 foram “anos de afirmação da saúde como direito, de reforço das demandas por expansão da cobertura da atenção à saúde”, culminando com “a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e na definição da atenção primária à saúde como estratégia central” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 13), formalizadas na Conferência de Alma Ata, realizada em 1978 e que trouxe a compreensão de que o cuidado da saúde é mais amplo do que atenção médica. O

---

<sup>66</sup> O PIASS foi criado em 1975-1976. Como um programa estratégico, “refletia uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos no âmbito da OPAS, o que incluía a ênfase no aumento da cobertura dos serviços nas comunidades mais remotas, mediante o uso de pessoal auxiliar, recrutado localmente e capacitado para este fim. Deste modo, como iniciativa estratégica de ampliação da cobertura da atenção médica requeria necessariamente outra iniciativa, destinada à capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 32).

<sup>67</sup> Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: fev. 2014

<sup>68</sup> Criado em 1975, pela Lei 6.229.

texto de Alma Ata ao ampliar o raio do significado do cuidado na saúde, seja em relação ao setor, seja no que diz respeito ao envolvimento da população “ultrapassava o campo de ação daqueles que respondiam pela atenção convencional dos serviços de saúde” (BRASIL, 2002, p. 10).

O último presidente militar do Brasil assumiu em 1979, num momento em que diversos setores da sociedade brasileira reivindicavam a redemocratização do país. O período foi marcado por grave crise econômica, refletida em problemas como dívida externa, inflação e desemprego. O descontentamento crescia e foi canalizado pelas lideranças de oposição para a campanha em favor das eleições diretas para presidência da república, o que naquele momento não se concretizou tendo em vista interesses da elite dirigente ligada ao governo militar.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde<sup>69</sup>, em 1980, foi apontada a importância da formação dos trabalhadores, tendo em vista que constituíam condições fundamentais ao desenvolvimento dos serviços básicos de saúde. Formação esta que “deverá ajustar-se às necessidades reais, desenvolvendo-se em articulação com a prática, em processos de integração trabalho-ensino, rompendo a barreira entre a escola e os serviços, e assegurando o caráter permanente da educação” (MACEDO, 1980, p.25).

Diante da crise do sistema previdenciário, em 1981 foi instituído o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que emitiu recomendações de reorientação da assistência médica previdenciária, mediante a celebração de acordos intersetoriais. Em maio de 1984, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram adotadas como estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde. Entre as características das AIS estão “um forte componente de articulação intersetorial, reforço da dimensão pública da saúde, regionalização e hierarquização dos serviços; valorização da atenção básica e desenvolvimento de recursos humanos” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 82-83).

Frente ao alargamento que vinha tomando o acordo OPAS – Brasil, ocupando-se de temas que ultrapassavam o desenvolvimento de recursos humanos, em 1985 assume a orientação, articulação e coordenação dessa cooperação a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), integrada por

---

<sup>69</sup> Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7\\_CNS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7_CNS.pdf)>. Acesso abr 2013.

diferentes Ministérios: Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social, e Ciência e Tecnologia. Nesse ano, a cooperação reunia sete projetos distintos, que se desdobravam em diferentes ações: desenvolvimento de recursos humanos para as Ações Integradas em Saúde; o Projeto Larga Escala, sob a denominação oficial Formação de Pessoal Auxiliar em Serviço; treinamentos em áreas prioritárias; educação continuada; educação superior em saúde; modernização da administração de pessoal e estudos sobre pessoal de saúde (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 91).

Em Ottawa, no ano de 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde apontando cinco estratégias para alcançar mudanças no setor saúde: políticas públicas saudáveis<sup>70</sup>, ambientes favoráveis à saúde<sup>71</sup>, ação comunitária<sup>72</sup>, habilidades pessoais<sup>73</sup> e reorientação do sistema de saúde<sup>74</sup>. Novamente a compreensão de saúde ampliou-se. Porém, é preciso ter presente que não há saúde sem trabalho, sem moradia, sem condições dignas de vida.

---

<sup>70</sup> “A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis” (BRASIL, 2002, p. 22).

<sup>71</sup> “Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis” (BRASIL, 2002, p. 23).

<sup>72</sup> “A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde” (BRASIL, 2002, p. 23).

<sup>73</sup> “É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem ser realizadas por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e pelas instituições governamentais” (BRASIL, 2002, p. 24).

<sup>74</sup> “A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais” (BRASIL, 2002, p. 24).



Neste mesmo ano ocorreu a VIII Conferência Nacional<sup>75</sup> de Saúde, tendo como temas centrais: saúde direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Desta Conferência participaram diferentes setores organizados da sociedade, e houve um processo de mobilização que estimulou a realização de pré-conferências em diferentes estados do país. Além disso, trouxe em seu relatório final, diretrizes para a reorganização do sistema de saúde.

Naquele momento se fazia necessário, para além de uma reforma administrativa e financeira do setor saúde, e até para que a reforma fosse possível, uma urgente mudança na estrutura jurídica institucional vigente, incorporando a ampliação do conceito de saúde para além de ausência de doença, bem como da saúde como direito. A saúde como direito já se fizera presente no Informe da III Reunião especial de Ministros da Saúde das Américas, ocorrida de 2 a 9 de outubro de 1972, em Santiago – Chile: “saúde é um direito da população e o Governo tem a responsabilidade de velar para que seja igual para todos (...) a saúde é um direito universal”<sup>76</sup> (tradução da autora) (OPAS, 1973, p. 4).

A crise da Previdência Social, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos, as experiências municipais de organização dos sistemas locais de saúde, entre outros, deixam novamente manifesto a questão da formação de trabalhadores da saúde. Ponto que em 1982 foi referido na XXI Conferência Sanitária Panamericana que recomendou<sup>77</sup>:

(...) concedan prioridad al desarrollo de recursos humanos como elemento esencial del logro de la salud para todos, mediante programas académicos y de educación continua, reforzando la planificación de recursos de personal, reorientando los planes de estudios de las escuelas de ciencias de la salud y ofreciendo incentivos para retener al personal; apoye la preparación y puesta en práctica de programas de enseñanza y formación profesional que refuercen la capacidad de la gestión estratégica del sector salud (OPAS, 1982, R 12)

Ainda em 1986 realizou-se a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), promovida pelo Ministério da Saúde, Ministério da

<sup>75</sup> Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: jan. 2013.

<sup>76</sup> “salud es un derecho de la población y el Gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos (...) la salud es un derecho universal” (OPAS, 1973, p. 4).

<sup>77</sup> Disponível em: <[http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp\\_21.htm#R21](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_21.htm#R21)>. Acesso abr. 2013.

Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Pan Americana da Saúde, tendo como tema central "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária". Anterior a Conferência propriamente dita, foram realizadas pré-conferências em 23 estados brasileiros (BRASIL, 1986). Entre os temas discutidos na CNRHS estavam a valorização do profissional, a preparação de recursos humanos, as estratégias de integração interinstitucional, a organização dos trabalhadores de saúde, a relação do trabalhador de saúde com o usuário do Sistema. A necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições de saúde e as instituições de ensino foi ponto unânime. A educação continuada foi trazida, então, como uma das estratégias para a reorganização dos serviços e qualificação dos trabalhadores.

A educação continuada é um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucional, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários. Ela surge da necessidade de passar informações contínuas, de atualizar, de renovar conceitos, mas não deve ser entendida como um substituto de lacunas ocorridas durante a graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes serviços. No entanto, devido à distorção provocada na formação universitária pelas exigências do mercado profissional liberal, ainda por um bom tempo os egressos não responderão com muita adequação às demandas do setor público e da ação coletiva, e a educação continuada será obrigada a considerar prioritariamente essa questão (...). Os programas de educação continuada, logicamente estão condicionados a realidades diversas e seus pressupostos dependem dos objetivos que se quer alcançar, da clientela abrangida, área geográfica, nível de atenção a saúde e outras variáveis. Por isso é que somente quando houver clareza da estratégia a ser adotada é que se definirão métodos e conteúdos os quais concretizarão os modelos de atuação (BRASIL, 1986, p. 28).

Com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde, o Decreto 94.657 de 1987 criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Na proposta do SUDS estavam inclusos "a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo" (SCOREL, 2008, p. 429).

Em nível internacional, reafirmando as cinco estratégias da carta de Ottawa, foi realizada em 1988, em Adelaide (Austrália), a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, destacando que políticas públicas saudáveis criavam o

ambiente para que as outras políticas pudessem acontecer. Para os signatários, políticas públicas saudáveis se caracterizavam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas “em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis” (BRASIL, 2002, p.5). É no mínimo curiosa a aposta das pessoas viverem vidas saudáveis, desconectadas da realidade concreta das condições de vida dessas mesmas pessoas, entre as quais: alimentação, saneamento, moradia, trabalho, o que pode ser buscado nos censos estatísticos do IBGE.

No plano político era necessário tomar providencias para “garantir” a redemocratização, entre elas, convocar eleições para a Assembleia Nacional Constituinte, que seria encarregada de elaborar a nova Constituição Brasileira. A Constituinte foi instalada em 1987. A Constituição promulgada em 1988, incorporando reivindicações originadas na/da luta engajada de homens e mulheres por uma sociedade mais justa e solidária, estabeleceu princípios a partir dos quais foram promovidas e regulamentadas políticas públicas de saúde.

A concepção de saúde como direito de todos, bem como o arcabouço institucional do SUS se inserem num processo mais amplo de lutas políticas, onde foram forjados estes princípios e diretrizes acolhidos na Constituição. De acordo com Mattos (2006, p. 44), "deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e às práticas de saúde então hegemônicas".

Assegurado constitucionalmente, era preciso regulamentar o Sistema Único de Saúde. Duas Leis vieram nesse sentido. A Lei nº 8.080/90 e a Lei 8.142/90 que constituem a Lei Orgânica da Saúde (LOS). A primeira afirma a saúde como um “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. 2º). Define o SUS como o "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas

pelo Poder Público", podendo a iniciativa privada dele participar em caráter complementar (Art. 4º, §2º) (BRASIL, 1990).

O SUS é formado "por várias instituições dos três níveis de governo e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo". Dessa maneira, o serviço privado, "quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público" (ACÚRCIO, 1997, p. 12). Além disso, a Lei 8080 ratifica o conceito ampliado de saúde, ao especificar que esta tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais" (Art. 3º) (BRASIL, 1990).

Já a Lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal (BRASIL, 1990).

Em consonância com a Constituição Federal de 1988 que define como competência do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde<sup>78</sup>, bem como incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico<sup>79</sup>, a Lei 8.080/90 estabelece que a política de recursos humanos desta área será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, objetivando a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, bem como da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal<sup>80</sup>. Além disso, que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional<sup>81</sup>.

Nesse movimento, o que parecia óbvio precisa ser instituído<sup>82</sup>, ou seja, Ministério da Educação e Ministério da Saúde estabelecem parceria para

---

<sup>78</sup> Constituição Federal, Art. 200, III.

<sup>79</sup> Constituição Federal, Art. 200, V

<sup>80</sup> Lei 8080/90, Art. 27, I

<sup>81</sup> Lei 8080/90, Art. 27, Parágrafo único.

<sup>82</sup> Portaria Interministerial nº 2118, de 2005. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/12/2010&jornal=1&pagina=1&total>

cooperação técnica na formação para o desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, sob a hegemonia do segundo. Como vemos, um fio tênue, tenso e necessário mantém ligados os dois Ministérios que nascem um só em 1930 e se separam em 1953.

O que re-demarca um novo espaço de enfrentamentos, que se materializam, por exemplo, em relação às Diretrizes Curriculares para os Cursos da área de Saúde, no PROMED, na instituição da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS)<sup>83</sup>, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – (Pró-Saúde)<sup>84</sup>, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)<sup>85</sup> ou na questão da Educação Permanente em Saúde.

#### 4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

Fica difícil precisar a origem da noção de educação permanente, mas no sentido de educação prolongada, contínua, como referida anteriormente, ela já aparece na França, como base do programa educativo da Revolução de 1789 (GADOTTI, 1987); em 1919 na Inglaterra e foi retomada em 1929. Nos anos de 1930, na França, Gaston Bachelard insistia na educação contínua no decorrer de toda a vida (FURTER, 1978; GADOTTI, 1987). Em 1955 a expressão educação

---

Arquivos=116>. Acesso em nov.2012.

<sup>83</sup> Instituída em junho de 2008, a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS) resulta de uma ação conjunta entre a SGTES e a OPAS-OMS, contando com a participação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Criaram condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. A UnA-SUS tem como objetivos específicos: 1 Criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a área da saúde, com vistas ao intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para certificação educacional compartilhada; 2 Promover a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde; 3 Oferecer apoio presencial aos processos de aprendizagem em saúde; 4 Disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e a distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS. Oferece cursos livres, de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrados profissionais. A utilização da EAD minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador. O MS firmou parcerias com universidades públicas para o desenvolvimento de uma série de cursos. O formato desses cursos e a distribuição nacional das vagas foram definidos por pactuação tripartite, visando adequação ao perfil epidemiológico e às políticas de saúde de cada local. Disponível em: <<<http://www.unasus.gov.br/>>>. Acesso em: nov.2012.

<sup>84</sup> Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005.

<sup>85</sup> Regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação.

permanente é usada pela primeira vez pelo relator de um projeto de reforma do ensino elaborado pela Liga Francesa de Ensino (GADOTTI, 1987).

No entanto, é nos anos de 1960 que a educação permanente explode no cenário internacional. Para Furter inúmeras razões poderiam explicar essa difusão, mas salientou como mais importantes as:

(...) antropológicas (...) onde esboça-se o perfil de uma concepção original do homem contemporâneo considerado como um ser essencialmente inacabado. (...) esta concepção reflete o fenômeno contemporâneo do prolongamento da duração média de vida e do aumento geral das possibilidades de vida. (...) o conjunto das relações sócio-econômicas remete aos laços da educação permanente com as transformações das relações entre a formação recebida e a prática profissional ou a utilização da formação. É preciso aprender mais, não para viver melhor, mas para produzir mais; (...) e políticas, pois a educação permanente faz parte da discussão sobre a democratização de nossas sociedades pós-industriais. Responde à necessidade, cada vez mais premente, de aumentar a participação de todos os cidadãos. Resta saber, aqui também, se se trata realmente de reforçar a participação de todas as populações nos poderes de decisão, ou ao contrário, de mobilizá-las para legitimar o poder estabelecido (FURTER, 1978, p. 77).

O autor assinala a ambiguidade da educação permanente, que se por um lado poderia contribuir para o crescimento profissional e social do trabalhador, por outro serviria para justificar formas de exploração, ampliação do ritmo de trabalho e da exigência de produtividade.

É também na década de 1960, no contexto da guerra fria, que os Estados Unidos lançam a Aliança para o Progresso. Como não podia deixar de ser, frente ao perigo que Cuba representava, os EUA volta-se para a América Latina estabelecendo planos de cooperação objetivando promover o desenvolvimento econômico, social e político (MATOS, 2008)<sup>86</sup>. Em 1961, na reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social da Organização dos Estados Americanos (OEA) os países membros assinam a Carta de Punta Del Este<sup>87</sup>.

---

<sup>86</sup> Disponível em: <[http://www.uel.br/grupo\\_estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais11/artigos/38%20-%20Matos.pdf](http://www.uel.br/grupo_estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais11/artigos/38%20-%20Matos.pdf)>. Acesso maio 2013.

<sup>87</sup> A Carta de Punta Del Este foi o documento assinado em 17/12/1961, entre os representantes das Repúblicas americanas, estabelecendo a Aliança para o Progresso. O propósito da Aliança consistia, segundo a Carta, em “aunar todas las energías de los pueblos y gobiernos de las Repúblicas americanas, para realizar un gran esfuerzo cooperativo que acelere el desarrollo económico y social de los países participantes de la América Latina, a fin de que puedan alcanzar un grado máximo de bienestar con iguales oportunidades para todos, en sociedades democráticas que se adapten a sus propios deseos y necesidades” (OEA, 1967, p. 10). Tal propósito exigia esforço interno de todos os países latino-americanos, na elaboração e execução de planejamento, programas nacionais amplos e

De acordo com Brandão (2006), Furter, principal difusor da educação permanente na América Latina, reconhecia três etapas sucessivas na educação permanente: 1) como processo contínuo de desenvolvimento individual; 2) como princípio gerador de um sistema global de educação; 3) como ampla e duradoura estratégia cultural em um processo de desenvolvimento integral. Ressalta que é na 3ª etapa que aparece a proposta da Educação Permanente como ponto focal da criação de uma nova cultura. No entanto,

Tal como foi proposta, muito mais como apenas um movimento pedagógico de intelectuais humanistas, nenhum programa de educação permanente realizou-se na América Latina. Provavelmente também não no Canadá, outro forte de interesse por ela, e nem na Europa. De um movimento que produziu apenas ideias, restaram princípios de realização utópica de uma educação humanista. Princípios que hoje em dia alguns programas de educação de adultos incorporaram como seus, como a ideia de um trabalho pedagógico contínuo, que permanentemente recicle o educando em um mundo em constante mudança, de tal modo que a educação se converta no principal agente cultural da adequação do sujeito ao seu ambiente (BRANDÃO, 2006, p. 44).

Conforme Paiva (1977), foi a partir de 1966 que a educação permanente entrou definitivamente no vocabulário pedagógico brasileiro. Tema difundido pela UNESCO teve como grande propagador no Brasil Pierre Furter, perito da agência, que esteve por algum tempo no Brasil. Em seu artigo a autora realizou análise de textos sobre educação permanente de autores nacionais e internacionais - Malcolm S. Adiseshiah, Alain Touraine, Archer Deléon, B. Schwartz, Pierre Furter, Dumerval Trigueiro e Arlindo Lopes Correia – como também analisa a proposta da UNESCO, tecendo críticas consistentes. Assinalou que desde sua fundação, é possível distinguir pelo menos cinco propostas pedagógicas formuladas pelo organismo internacional e que atingem o campo da educação dos adultos.

(...) A primeira corresponde ao momento de euforia democrática no pós-guerra, em que se ressaltou a importância do processo eleitoral na construção de sociedades políticas livres do totalitarismo: a educação política dos adultos contribuiria nesse processo (...) nos países subdesenvolvidos tal opção se traduziu na promoção de grandes campanhas de alfabetização de adultos que deveriam permitir às grandes massas analfabetas a aquisição dos direitos políticos (PAIVA, 1977, p. 95).

---

reformas. Em contrapartida os Estados Unidos oferecia cooperação financeira e técnica. Firmaram o documento: Venezuela, Colômbia, Guatemala, Argentina, Bolívia, Peru, México, Equador, República Dominicana, Paraguai, Honduras, El Salvador, Panamá, Chile, Haiti, Costa Rica, Nicarágua, Brasil, Estados Unidos, Uruguai. Por razões óbvias, Cuba não assinou o documento. No bojo da Guerra Fria, e, experiente em planos de “ajuda externa”, os Estados Unidos, se volta para a América Latina.

Cabe ressaltar que, no Brasil, a reforma da legislação eleitoral efetuada por meio do Decreto nº 3.029, de 9 de janeiro de 1881 passou a considerar eleitor todo o cidadão brasileiro que tivesse uma renda líquida anual e que soubesse ler e escrever, além de outras exigências. Mantiveram a restrição de voto ao analfabeto as Constituições de 1891, 1934, 1937, 1946 e 1967, mudando a situação apenas com a Constituição de 1988. Esta estabelece o direito de voto para o analfabeto, porém de forma facultativa (Art. 14, parágrafo 1º, II, a).

A guerra fria alterou o tom das relações internacionais e agravou tensões internas em diferentes países. O contexto exigia nova estratégia para educação de adultos. A UNESCO apresenta o desenvolvimento de comunidades.

(...) utilizando o modelo organizacional norte-americano, os programas de desenvolvimento comunitário serviriam à "democratização fundamental" da sociedade na medida em que deveriam estimular a participação da população ao nível da comunidade local (...) iniciaram--se, então, as tentativas de inserir tais programas em projetos de desenvolvimento econômico (PAIVA, 1977, p. 96).

Uma educação que, no plano discursivo, visava obter progresso social e econômico das comunidades através da participação ativa e, voluntária, de seus membros. Por meio da educação haveria uma mudança, individual, em termos de conhecimento, habilidades, valores e atitudes, o que levaria a um contínuo desenvolvimento da comunidade. Este é um exemplo da teoria do capital humano em ação, ou seja, o "fator H" da teoria de Schultz era o passaporte para o desenvolvimento dos países, o grande diferencial. E ao gosto do liberalismo, pois calcado na livre escolha dos indivíduos, visto que todos "aparecem no mercado com as mesmas condições de escolha individual" (FRIGOTTO, 2008, p. 69).

Nos anos de 1960, a UNESCO apresentou a proposta da alfabetização funcional. Uma alfabetização subordinada à economia. Recomendou a alfabetização nos locais de trabalho, no horário de trabalho, tendo em conta a necessidade da mesma para a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Por outro lado, esta proposta apontava "a grande influência da economia da educação nas duas últimas décadas e a exigência de racionalização na aplicação dos recursos destinados aos programas educacionais" (PAIVA, 1977, p. 96). Articulada a isso a quinta proposta pedagógica até 1977 foi o planejamento educacional, fruto da economia da educação e que tinha como foco a relação custo-benefício



A educação permanente surge “como uma ideologia pedagógica que sintetiza exigências aparentemente contraditórias: ela recupera certas preocupações democráticas ao mesmo tempo em que preserva aquelas típicas da tecnocracia” (PAIVA, 1977, p. 97). Paiva propõe uma reflexão sobre a educação permanente “a partir da análise das estruturas econômico-sociais vigentes”, que no caso brasileiro continua sendo a realidade do capitalismo periférico. Nesse sentido, traz uma questão que permanece atual: a que exigências do capitalismo a educação permanente atende nos países centrais e na periferia.

Articulada com as necessidades do desenvolvimento econômico, a educação permanente ocupa pauta de discussão na Comunidade Europeia. Com base nos acontecimentos de 1968, a UNESCO, o Conselho da Europa e a Organização da Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), apresentam projetos para substituir o sistema tradicional de ensino, por um sistema de educação permanente (GADOTTI, 1987).

Na 15ª Conferência Geral da UNESCO, em 1968, foi reafirmado o papel essencial da educação no desenvolvimento econômico e social, a educação permanente foi tema de discussão, voltada principalmente para a educação de jovens e adultos. No entanto, transparece que a mesma foi colocada ora num lugar de destaque, considerada em uma perspectiva de conjunto dos diferentes aspectos e problemas da educação, como um instrumento de renovação; ora como uma proposta que se limita à educação extraescolar, como um conceito que precisa ser aclarado merecendo cautela antes de adotá-lo em termos de ação.

Nos anos de 1970, o Informe da Comissão Internacional sobre o Desenvolvimento da Educação, apresentado por Edgar Faure à UNESCO, apontou como essenciais às reformas e transformações, a superação da concepção de uma educação limitada no tempo e no espaço, a desformalização de uma parte das atividades educativas substituindo-as por modelos flexíveis e diversificados, concebendo a educação como um contínuo existencial, cuja duração se confunde com a da vida (UNESCO, 1973).

O Informe especificou que, inicialmente, o termo educação permanente nada mais era do que um termo novo aplicado a uma prática relativamente antiga, a educação de adultos, mais especificamente, os cursos noturnos. Mais tarde, foi

aplicado essencialmente à formação contínua profissional, passando depois a ter em conta múltiplos aspectos da personalidade, em uma visão integrada da ação educativa. Enfim, chegou à perspectiva da educação permanente designando o conjunto do processo educativo considerado tanto do ponto de vista do indivíduo quanto do ponto de vista da sociedade.

Assim, a Comissão propõe a educação permanente como diretriz das políticas educativas a partir de 1970, não como um sistema ou um setor, mas como princípio fundante da organização global de um sistema e da elaboração de cada uma de suas partes. Ou seja, a educação permanente como expressão de uma relação envolvente entre todas as formas, expressões e momentos do ato educativo bem como nos diferentes setores e áreas.

Freire ao prefaciar o livro tese de Gadotti, assinala que a educação permanente surge como uma resposta necessária a certos problemas das “sociedades capitalistas avançadas, cuja permanência a educação chamada permanente pretende ajudar”, destacando fazer parte da “essência do ser da educação a permanência”. Assim, juntar a educação o adjetivo permanente além de uma redundância é uma distorção.

(...) a educação é permanente, I – na medida mesma em que os seres humanos, enquanto seres históricos, e com o mundo, são seres inacabados e conscientes de seu inacabamento; II – na medida em que se movem numa realidade igualmente inacabada. Numa realidade contraditória e dinâmica, realidade que não é, pois que para ser tem de estar sendo. Este caráter permanente da educação não tem nada que ver, porém, com a chamada Educação Permanente (...) o que esta educação parece vir insinuando, através do adjetivo “permanente” com o qual conota o substantivo “educação” é a redução de toda educação a ela, isto é, à Educação Permanente. É como seus teóricos, ou melhor, seus ideólogos, “retirando” do ser da educação a qualidade de permanência, transformando-a num adjetivo necessário, apresentando-a como **a** própria educação (FREIRE, 1987, p. 16-17).

A análise de Nóvoa (2009) aponta que ao longo das décadas de 1970 e 1980,

(...) em vez da desescolarização, assistiu-se ao triunfo de uma 'sociedade pedagógica', de uma sociedade que generalizou uma relação pedagógica com as crianças, os jovens e os adultos. Em vez de uma educação aberta sobre as dimensões da vida, assistiu-se à redefinição da Educação Permanente como 'Educação e formação ao longo da vida' conceito marcado pelo princípio da empregabilidade (NÓVOA, 2009, p. 10).

Para Gadotti (1987), a exigência de educação permanente surge quando a produção industrial passa a necessitar de uma forma alternativa a educação tradicional para adaptar os trabalhadores às “tendências” da economia. Para o autor, por um lado a educação permanente traduz, no domínio educativo, o conceito de monopólio do modo industrial de produção, por outro lado, ele tende a integrar a educação a este mesmo monopólio para operar a sua reprodução.

Para Brandão (2006), alheios à questão da reprodução da desigualdade no interior do sistema capitalista e também ao papel que historicamente a educação cumpre aí,

(...) os projetos de educação permanente não somente utopizavam a possibilidade de toda a vida social reorientar-se enquanto um trabalho educativo plenamente humanizador, como também imaginavam a possibilidade de universalização de um novo homem, de uma nova cultura e de um mundo novo através do poder humanizador de uma educação que envolvesse a todos, todo o tempo (BRANDÃO, 2006, p. 41).

A educação, em geral, e a educação permanente, em específico, fazem parte do mesmo contexto de mudanças da sociedade necessárias ao capitalismo e sua entrada na pauta dos organismos internacionais a isso está vinculada. Seu retorno nos anos 90 coincide com o momento em que se revigoram as ideias liberais, na forma do neoliberalismo.

A Conferência Geral da UNESCO ocorrida em novembro de 1991, recomendou a convocação de uma comissão internacional para refletir sobre o educar e o aprender para o século XXI. Esta proposta foi um dos desdobramentos da Conferência Mundial Sobre Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990, promovida por organismos internacionais, entre os quais a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Banco Mundial (BM) e o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD).

A Comissão, presidida por Jacques Delors, foi convocada em 1993 sendo composta por quatorze integrantes, de diversos países. O Relatório final – *Educação um tesouro a descobrir* - foi concluído em 1996, ficando conhecido como Relatório Delors. Nele, são retomadas as considerações do Relatório Faure em relação à educação ao longo da vida, propondo que fosse repensada e ampliada a

ideia de educação permanente, ou seja, não mais restrita a um período específico como, por exemplo, educação de adultos, ou como uma finalidade específica, como a educação profissional, mas como um aprender ao longo da vida.

Uma educação permanente dirigida às necessidades das sociedades modernas. A educação ao longo de toda a vida, no sentido em que a entendia a Comissão, deve fazer com que cada indivíduo,

(...) saiba conduzir o seu destino, num mundo onde a rapidez das mudanças se conjuga com o fenómeno da globalização para modificar a relação que homens e mulheres mantêm com o espaço e o tempo. As alterações que afetam a natureza do emprego, ainda circunscritas a uma parte do mundo, vão, com certeza, generalizar-se e levar a uma reorganização dos ritmos de vida. A educação ao longo de toda a vida torna-se assim, para nós, o meio de chegar a um equilíbrio mais perfeito entre trabalho e aprendizagem bem como ao exercício de uma cidadania ativa (UNESCO, 1996, p.103).

Não podemos esquecer que, nos anos 90 do século XX, o papel do Estado é cada vez mais questionado, no sentido de ser o regulador da economia e condutor das demandas sociais e, ao mesmo tempo, de não dar conta de suas funções. Ganham força as ideias de descentralização e flexibilização das instituições, bem como da necessidade de implementar reformas no Estado, pois da forma como estava estruturado era um grande entrave ao fortalecimento da economia de mercado (SILVA, 2011) e, além disso, a crise do capital exigia mudanças. Em relação a isso, Simionatto (2000)<sup>88</sup> é contundente em sua análise salientando que,

(...) inepto, ineficaz, ineficiente, responsável pelo déficit público são alguns dos adjetivos mais comuns que integram o discurso para designar a crise estrutural do Estado e cimentar a cultura que distorce e destrói a necessidade de sua existência. É no interior desse discurso que vem se fortalecendo a dicotomia entre “público” e “privado”, caracterizando-se por público tudo o que é ineficiente, aberto ao desperdício e à corrupção, e por privado a esfera da eficiência e da qualidade (SIMIONATTO, 2000, s/p).

Este discurso, criticado por Simionatto, o neoliberalismo repete à exaustão, objetivando que seja tomado como verdade por toda a sociedade. Dessa forma, busca a conformação de um Estado forte que atenda seus interesses e ao mesmo

---

<sup>88</sup> Texto de Ivete Simionatto, Reforma do Estado ou modernização conservadora? Arquivo Gramsci e o Brasil. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?id=56&page=visualizar>>. Acesso jun. 2013.

tempo, um Estado fraco ou mínimo e ineficaz no atendimento das necessidades sociais, e trabalhistas conforme evidenciado no capítulo 3 item 3.3.

No processo das discussões sobre a educação e em específico sobre a educação permanente, insere-se a formação na área da saúde e de seus trabalhadores, a partir da perspectiva da saúde como fundamental para o desenvolvimento econômico e, não para o desenvolvimento humano e, ainda menos, o dos trabalhadores.

#### 4.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Como já referido, na década de 1970 a UNESCO difundiu a ideia da aprendizagem ao longo da vida. Nesse período a OPAS trabalhava com a proposta de educação continuada no processo de educação dos trabalhadores da saúde.

O conceito de educação permanente em saúde começa a ser utilizado na década de 1980, inserido numa conjuntura de mudanças que o setor saúde enfrentava frente às necessidades do capitalismo. Ou seja, o conceito ganha vida num momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofre ajustes com o aumento da miséria e da insatisfação social. As ações do Banco Mundial são reorientadas com uma exacerbação das políticas, com imposição de condições em troca dos empréstimos para os ajustes estruturais e setoriais e defendendo a globalização da economia mundial (RIZZOTTO, 2000). Nesse contexto, chamada área de “recursos humanos em saúde” passa a ser enfatizada como importante instrumento para se enfrentar a diminuição dos custos do Estado.

Em relação ao uso do termo “recursos humanos em saúde”, em um artigo de 1991, Médici *et al.*<sup>89</sup> ressaltam que os termos força de trabalho e recursos humanos, correspondem a enfoques teórica e conceitualmente distintos, mas que são complementares e dessa forma,

---

<sup>89</sup> Médici *et al.* (1991) assinalam que “(...) El primero, o de recurso humano, a pesar de abstraer las relaciones sociales y estar afianzado en la teoría de sistemas, busca interpretar las formas de administrar ese "factor de producción" específico, que es la capacidad de trabajo de los individuos. El segundo, o de fuerza de trabajo, busca describir e interpretar las relaciones sociales que atan a los trabajadores que se insertan en ese ramo de actividad específica (los servicios de salud) y está calcado del análisis marxista, que parte de los individuos y de su inserción social en el proceso de trabajo (...)” (MÉDICE *et al.*, 1991, p. 7).

(...) no hace sentido desechar la expresión recurso humano en nombre de un pseudo humanismo, que no admite la reducción del trabajador a una cosa gerencial, lo que sería una actitud semejante a negar que, en el mercado de trabajo capitalista, la fuerza de trabajo pasa a tener una calidad de mercancía. Las crudas relaciones político-institucionales, así como las económicas, son enteramente objetivas y deben ser reconocidas como tales para que podamos transformarlas y verdaderamente humanizarlas" (MÉDICI *et al.*, 1991, p. 7).

Vieira (2008) destaca que o termo recursos humanos tem origem na área da administração, e que nela remete “à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional”. Por outro lado, na saúde a expressão envolve “tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde” (VIEIRA, 2008, p. 343).

Tendo em vista, que conceitos não são neutros expressam uma concepção de homem, sociedade, de mundo, e que a transformação da realidade a que almejamos está diretamente ligada à leitura que fazemos da mesma e a concepção de mundo a qual nos ligamos esta indiferenciação entre os conceitos propostos pelos autores, mascara relações de exploração presentes no mundo do trabalho em saúde. Neste sentido, expressa-se a contradição entre conceitos neoliberais e as intenções de transformação anunciados pelos documentos da OPAS e do SUS.

A OPAS<sup>90</sup> frente à questão de achar alternativas para os problemas relativos aos trabalhadores na saúde, - incluindo aí os de planejamento, formação e utilização dos trabalhadores, bem como a meta de “Saúde para todos no ano 2000”, que impunha a reorganização nos sistemas de saúde -, reuniu em 1984 um grupo para

---

<sup>90</sup> Em 2 de dezembro de 1902, na Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, reuniram-se em Washington ministros da saúde de 11 países com o objetivo de fazer frente a epidemia de febre amarela que se espalhara pela AL e pelos EUA. O resultado foi a criação do Escritório Sanitário Internacional, embrião da OPAS. A integração às Nações Unidas acontece em 1949, quando a entidade se torna o Escritório Regional para as Américas da OMS. Em 1950, passa a fazer parte do sistema da OEA. Entre os oito objetivos para o milênio apresentados pela OPAS julgo pertinente transcrever, na íntegra, o que segue: “Garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Muitos países pobres gastam mais com os juros de suas dívidas do que para superar seus problemas sociais. Já se abrem perspectivas, no entanto, para a redução da dívida externa de Países Pobres Muito Endividados (PPME ). Os objetivos levantados para atingir essa meta levam em conta uma série de fatores estruturais que limitam o potencial para o desenvolvimento – em qualquer sentido que seja – da imensa maioria dos países do sul do planeta. Entre os indicadores escolhidos, está a ajuda oficial para a capacitação dos profissionais que pensarão e negociarão as novas formas para conquistar acesso a mercados e a tecnologias abrindo o sistema comercial e financeiro não apenas para grandes países e empresas, mas para a concorrência verdadeiramente livre de todos”. Disponível em: <[http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57%3Aa-century-of-public-health-in-the-americas&catid=24%3Achapters&Itemid=163&lang=PT](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=57%3Aa-century-of-public-health-in-the-americas&catid=24%3Achapters&Itemid=163&lang=PT)>. Acesso em: jan 2013.

levantar áreas prioritárias de investigação e propor estratégias de desenvolvimento das mesmas (OPAS, 1988). Na ocasião foram apontadas como áreas prioritárias: “a) mercado de trabalho em saúde; b) análise do pessoal de saúde na estrutura de insumos e tecnologia; c) sociologia das profissões e d) processos educacionais”<sup>91</sup> (tradução minha).

A partir das áreas prioritárias elencadas, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS fomentou o interesse por estudos e pesquisas sobre “a força de trabalho em saúde, especialmente em aspectos relacionados com o mercado de trabalho, e desenvolvimento de atividades de cooperação técnica e financeira a grupos nacionais que trabalham com esta orientação”<sup>92</sup> (tradução própria) (OPAS, 1990, p. 40).

Além disso, esforços foram feitos objetivando a inclusão da área de processos educacionais nestas pesquisas, com a finalidade de identificar diferentes formas para o desenvolvimento do trabalho educativo, “tanto no sentido de apoiar estratégias nacionais de saúde, como no sentido de respostas às novas demandas que estas mesmas estratégias impunham aos trabalhadores de saúde”. Dentre os problemas referentes às práticas educacionais em saúde, se destacavam: “a ruptura entre a formação e as questões efetivas dos serviços, a distância entre a teoria e a prática, e a fragmentação dos processos de educação através de cursos que reproduzem o modelo atomizado das disciplinas”<sup>93</sup> (tradução própria) (OPAS, 1990, p. 1).

Frente a isso, foi chamado um novo grupo de especialistas e a eles apresentado um documento orientador dentro de um quadro constituído por três elementos básicos: “os serviços de saúde e as estratégias nacionais; processos educativos, especialmente a educação permanente e a investigação sobre pessoal de saúde”<sup>94</sup> (tradução própria) (OPAS, 1990, p. 41). Vai tomando corpo uma nova

---

<sup>91</sup> a) mercado de trabajo en salud b) análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnología c) sociología de las profesiones y d) procesos educacionales” (OPAS, 1988, p. 85).

<sup>92</sup> la fuerza de trabajo en salud, especialmente en aspectos relacionados con el mercado de trabajo, y desarrollo actividades de cooperación técnica y financiera a grupos nacionales que trabajaron con esa orientación (OPAS, 1990, p. 40).

<sup>93</sup> la ruptura entre la formación y las cuestiones efectivas de los servicios, la distancia entre la teoría y la práctica, y la fragmentación de los procesos de educación a través de cursos que reproducen el modelo atomizado de las disciplinas (OPAS, 1990, p. 1).

<sup>94</sup> No original: los servicios de salud y las estrategias nacionales; procesos educativos, especialmente la educación permanente y la investigación sobre personal de salud (OPAS, 1990, p. 41).

proposta de reorientação da formação para os trabalhadores da saúde na América Latina, onde se amplia, entre os anos de 1987/1988, o número de países envolvidos nesta discussão (OPAS, 1988).

Esse movimento assinala uma mudança no enfoque da OPAS, da educação continuada para a educação permanente, como uma alternativa de abordagem da educação dos trabalhadores de saúde nas Américas, como “processo inserido nas estratégias nacionais de saúde e que utilize o estudo dos problemas habituais do trabalho e dos serviços de saúde como eixo central da aprendizagem”<sup>95</sup> (minha tradução) (OPAS, 1989, p. 4). De acordo com o Informe produzido pelo Grupo de Consulta reunido em 1988, o diferencial da proposta de reorientação do processo educativo na saúde a partir da educação permanente dos enfoques anteriormente utilizados no setor era,

(...) la caracterización del proceso educativo como un proceso integrado a la práctica de los servicios, la posibilidad recién visualizada por los trabajadores de salud (a través de las estrategias de descentralización de los sistemas de salud y las diversas modalidades de participación social) de poder intervenir por medio de su práctica en el desarrollo del proceso que conduce al cambio (OPAS, 1988, p. 101).

Conforme Davini *et al.* (2002) a educação permanente representou uma mudança importante na concepção e nas práticas de educação dos trabalhadores de saúde,

(...) en tanto ha intentado incorporar el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren; modificar sustancialmente las estrategias educativas, al partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas, problematizando el propio quehacer; colocar a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores; abordar el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias y ampliar los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en acciones comunitarias (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002, p 109-110).

Lloréns (1986) parte do princípio de que toda atividade educativa que contribua “para a regularização de pessoal capacitado de forma empírica, ou tenha como objetivo oportunizar conhecimentos e habilidades adicionais a especialistas,

---

<sup>95</sup> No original: “proceso enmarcado em las estrategias nacionales de salud y que utilice el estudio de los problemas habituales del trabajo de los servicios de salud, como eje central del aprendizaje” (OPAS, 1989, p. 4).



atualização, reorientação, instrução em etapas e Educação recorrente”<sup>96</sup> (tradução própria) (p. 514) é educação permanente. Para o autor, o conceito de educação permanente tem implícito, “objetivos educativos e científicos que correspondem a interesses de grupos, instituições (...), ou de ordem individual, e pode reconhecer como legítima a superação específica por profissão ou especialização”<sup>97</sup> (tradução própria) (LLORÉNS, 1986, p. 515).

Por essa via, o autor fazia uma crítica a concepção implícita na definição de educação continuada do Comitê de Especialistas em ensino contínuo para médicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), que limitava a educação permanente apenas ao médico. Discordava dessa posição, tendo em vista que a necessidade se estendia aos demais profissionais da saúde, independente de ter ou não nível superior. Por outro lado assinala que,

(...) aceptar la educación permanente como un hecho adaptable y gradual de cambio social, a través de la diferenciación estructural y funcional, mediante la participación de individuos y de grupos, podría no estar acorde con la realidad. Apoyarse en sus métodos y concepciones para hacer proyecciones en función de las necesidades de salud y de la superación del personal de salud puede ser una guía para la acción (LLORÉNS, 1986, p. 520).

No intuito de dar visibilidade às ações desenvolvidas e de difundir a educação permanente como estratégia para a educação dos trabalhadores de saúde, a OPAS na Série “Desarrollo Recursos Humanos em Salud”, dedicou vários números especificamente à educação permanente, como podemos visualizar no quadro a seguir

---

<sup>96</sup> No original: “a la regularización de personal capacitado en forma empírica, o tenga como objetivo brindar conocimiento y habilidades adicionales a especialistas, actualización, reorientación, adiestramiento escalonado y educación recurrente” (LLORÉNS, 1986, p. 514)

<sup>97</sup> No original: “objetivos educativos y científicos, en correspondencia con intereses de grupos, instituciones (...), o de orden individual, y puede reconocer, (...) como legítima la superación específica por profesión o especialización” (LLORÉNS, 1986, p. 515).

**Quadro 5 - Publicações da Série Desarrollo de Recursos Humanos sobre Educação Permanente em Saúde**

Título da Publicação		Autor	Data
Educação Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas	Fascículo I: Propuesta de Reorientación, Fundamentos	OPAS	1988
	Fascículo II: El Contexto de los Procesos Capacitantes	Hugo Mercer <i>et al.</i>	S/d
	Fascículo III: Identificación de Necesidades de Aprendizaje	José Manuel A Manilla	1989
	Fascículo IV: El Proceso Educativo	Alina Maria de Almeida <i>et al.</i>	1988
	Fascículo V: Monitoreo y Seguimiento del Aprendizaje	Francisca de Canales M.I. Turcios Jorge Q. Haddad	1989
	Fascículo VI: Capacitación de los Responsables del Proceso Educativo	José A. Quiñonez Idalma M. de Rodas	S/d
	Fascículo VII: Bibliografía Básica	OPAS	1988
	Fascículo VIII: Grupo Regional de Consulta: Informe Final	OPAS	1989
	Fascículo IX: Investigación en Apoyo a Procesos Educativos Permanentes	María Cristina Davini <i>et al.</i>	1990
	Fascículo X: Propuestas de Trabajo en Contextos Específicos	OPAS	1991
Educación Permanente en Salud: Informes Finales de Tres Grupos de Trabajo 1. Rol de la Universidad (Washington, 1992) 2. Identificación de Necesidades (México, 1993) 3. Monitoreo de Procesos Educativos (Antigua, 1991)		OPAS	1994
Educación Permanente de Personal de Salud		Jorge Q. Haddad	1994

Fonte: Adaptação do autor a partir de dados extraídos das publicações da OPAS.

Nos anos de 1990, retornou a questão do combate à pobreza e às desigualdades sociais, no discurso do Banco Mundial, bem como no discurso de outros organismos internacionais, ao mesmo tempo em que se ampliavam suas ações nas áreas sociais com intuito de direcionar políticas e reformas, com implicações diretas na educação, na saúde e no mundo do trabalho.

Na saúde brasileira, a implementação do SUS impunha (e continua impondo) uma série de desafios, entre os quais: alterações nas práticas e no trabalho em saúde, na formação e educação, no compromisso com a participação comunitária e na ampliação de cobertura. Como estratégia para alteração do modelo de assistência vigente para aquele proposto pelo SUS, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), no qual a ênfase em termos de assistência estava em,

(...) práticas não convencionais de assistência, destacando as atividades de prevenção e promoção como forma de reorganização e antecipação da demanda, o trabalho em equipes multiprofissionais, a educação em saúde, a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização, regionalização e, finalmente, a importância de ações intersetoriais (...) (CAMPOS *et al.*, 2006, p. 40).

Um dos principais objetivos do PSF, conforme o MS era gerar práticas de saúde que integrassem ações individuais e coletivas, práticas que para serem desenvolvidas exigem profissionais com “visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida” (BRASIL, 2000, p. 7). No entanto, estas não eram e não são as características dos profissionais da saúde formados nas escolas e universidades brasileiras, inclusive nas públicas. Assim, para qualificar os trabalhadores do PSF, em 1997 o Ministério da Saúde iniciou a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. Vinculados a um complexo institucional do qual faziam parte Instituições de Ensino Superior (IES) e escolas de saúde pública das secretarias estaduais de saúde,

(...) os polos foram financiados com recursos do Reforsus e constituíram, então, um conjunto articulado de instituições voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implementação da Estratégia de Saúde da Família. Os critérios então utilizados para a seleção das instituições proponentes e credenciamento dos polos enfatizaram a necessidade de integração, atuação colegiada, formação de

equipes multiprofissionais e foco na Atenção Básica, uma das diretrizes centrais do SUS (CAMPOS *et al.*, 2006, p. 40).

No ano de 2000, foi realizada uma avaliação dos doze<sup>98</sup> primeiros polos criados, cujo resultado apontou aspectos positivos, bem como aspectos que precisavam ser repensados objetivando uma qualificação e integração dos processos formativos, fossem eles voltados para a atenção básica ou para a saúde de uma forma geral.

O Mapa 1 mostra a distribuição, número de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família e número de instituições de ensino superior envolvidas no processo no ano de 2001, evidenciando que apenas Minas Gerais tinha dois Polos e São Paulo três, e os demais Estados um Polo cada um.

Mapa 1- Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família em 2001.



Fonte: Adaptado pela autora do Informe da Atenção Básica, DAB/MS, junho de 2001.

<sup>98</sup> Alagoas (Maceió), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Mato Grosso (Cuiabá), Minas Gerais (Belo Horizonte e Juiz de Fora), Paraná (Curitiba), Pernambuco (Recife), Rio de Janeiro (Niterói e Rio de Janeiro), Santa Catarina (Florianópolis). Os dois polos do Rio de Janeiro foram analisados em conjunto (BRASIL, 2006).

Os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, entre 2000 e 2001, se expandem por todos os Estados e extingue-se um dos do Rio de Janeiro, descentralizando a operacionalização das decisões, centralizadas nos Polos.

Partindo desta experiência e de outras já ocorridas ou em andamento, em 2004 o Ministério da Saúde institui uma política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (VIANA *et. al.*, 2010). Passados mais de vinte anos da difusão pela OPAS da educação permanente como possibilidade para a formação de trabalhadores do setor, a educação permanente retorna no Brasil, agora elevada à categoria de Política Nacional na saúde.

#### 4.5 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O descompasso entre a formação dos trabalhadores da saúde e aquela necessária ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), - uma formação que articule educação dos trabalhadores, capacidade resolutiva dos serviços de saúde e, desenvolvimento da educação popular, com vistas à ampliação da participação e controle social sobre as políticas públicas - encontra uma perspectiva, com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em fevereiro de 2004, por meio da Portaria nº 198<sup>99</sup>. Em 2007, a partir do Pacto pela Saúde, a Portaria 198/2004 foi alterada pela Portaria nº 1996/2007, ainda vigente. A criação da SGETS em 2003 e a instituição da PNEPS se deram num momento político que enchia de esperança grande parte dos brasileiros e alterava a relação de forças. Era o primeiro mandato do Governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003-2006).

Tida como estratégia para o setor saúde, a Educação Permanente vem afirmada como “o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde”, sendo ampliado, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre “formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (...) realiza a

---

<sup>99</sup> Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso jan. 2013.

agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (BRASIL, 2004, p. 1). No mínimo uma estratégia curiosa no bojo da sociedade na qual estamos inseridos, pois se propõe a dimensões/escopo extremamente amplos e reduzida viabilidade na prática.

Para os trabalhadores, educação permanente em saúde:

**E2:** É pensar uma maneira de trabalhar com profissionais da saúde, de como trabalhar educação com eles pra que possam melhorar suas práticas, de sentir uma necessidade de se aperfeiçoar, trabalhar melhor, buscar mais. Tu pensar na tua prática, mas ligada a questão dos usuários.

**E3:** É a capacitação pessoal, para a pessoa entender seu processo de trabalho e poder ver como pode melhorar o processo de trabalho, poder ver como pode rever seu processo de trabalho, criticar processo de trabalho, economizar retrabalho, entender porque faz as coisas pra poder dar valor as coisas que faz.

**E6:** É aquela pra quem pretende ter uma educação no cargo creio. É bem viável, tenho colegas q estão se especializando nas várias áreas do cargo.

**E8:** Um instrumento que visa capacitar o profissional para uma tarefa, Por mais que o profissional seja capacitado, ele precisa constantemente estar se adequando, ainda mais nessa área que a gente atua, em saúde, a gente tem que estar constantemente se atualizando.

**E9:** O profissional tem dificuldade de inserir o conhecimento na sua realidade, de aplicar, de versatilidade, de envolver a equipe de como partilhar, de como fazer com que isso aconteça. A implantação efetiva dos fluxos e das rotinas. Educação permanente em Saúde é ensinar isso.

**E17:** São tantas coisas, que é difícil chegar a uma definição mais redondinha do que é EP.

**E14:** Acho que são ações que a gente faz permanentes, ações de base de prevenção, voltada para a população.

**E18:** Eu já tinha ouvido falar na educação permanente, mas nunca foi aprofundada.

**E19:** Eu nunca tinha ouvido falar.

As expectativas do Ministério da Saúde (2004) com a PNEPS eram grandes. Esperava que relações orgânicas e permanentes fossem instituídas entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle

social em saúde e as ações e os serviços de atenção à saúde, apostando na ruptura do que chamava de “lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais”. Uma via de mão dupla onde estivesse presente o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso das instituições de ensino com o sistema de saúde. O objetivo era, e ainda é, a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento voltada,

(...) para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, com a elaboração de projetos de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, anexo II, p.2).

Porém, entre o texto e a prática há diferenças.

**E20:** (...) eu acompanhei a Política no início da década de dois mil, quando ela surgiu, imaginei que seria algo extremamente impactante. Ao longo dos anos eu percebi que não foi nada impactante. Pude perceber que da década de 2000 até hoje, praticamente inexistente a PNEPS no âmbito do SUS aqui no nosso estado, efetiva mínima. Se a gente fosse medir numa escala de 1 a 100 eu diria que foi 1, 2 no máximo.

Num primeiro momento, a condução locorregional<sup>100</sup> da Política coube a um Colegiado de Gestão, designado Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, instância interinstitucional e locorregional de gestão, tendo como funções identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde; construir estratégias e processos que qualificassem a atenção e a gestão; mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (BRASIL, 2004).

Os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) tinham um raio de ação bem mais amplo que o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, tendo em vista que não estava voltado à formação de trabalhadores para uma estratégia, programa ou área

<sup>100</sup> “As bases locorregionais são maiores que um município, mas menores que um Estado, podendo incidir em territórios interestaduais, cumprindo um papel de ativação de processos solidários entre os vários atores da saúde e da educação na saúde” (CECCIM, 2005a, p. 976).

específica, mas à “totalidade” dos trabalhadores da saúde. Para o Ministério da Saúde,

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual (...) os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (BRASIL, 2004, anexo II, p. 5).

O Colegiado, ou Polo, tinha a incumbência de articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola.

Cada parceiro institucional do Polo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, anexo II, p. 5).

E ainda, estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País; propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

Em relação à intersetorialidade, mesmo não sendo o foco neste trabalho, cabe assinalar que já na Conferência de Alma-Ata<sup>101</sup>, ela é trazida à discussão. Para o Ministério da Saúde<sup>102</sup> intersetorialidade é o “aspecto que considera a corresponsabilidade de dois ou mais de dois setores do governo em relação às causas ou às soluções dos problemas”. Para a OPAS<sup>103</sup> intersetorialidade é “a ação que se materializa nas potencialidades do trabalho no território de atuação que guarda a possibilidade da definição conjunta do problema de saúde”, processo que requer a identificação e corresponsabilização dos “parceiros”.

---

<sup>101</sup> I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BRASIL, 2002).

<sup>102</sup> Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/glossario/>>. Acesso em jun.2013

<sup>103</sup> Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=18&area=Conceito>>. Acesso em jun.2013.



Porém, concretizar/operacionalizar a intersetorialidade não é um exercício simples. Via de regra, acaba-se “estando junto”, no mesmo espaço físico ou atividade, mas os fazeres, olhares e concepções permanecem fechados em guetos setoriais, institucionais, profissionais, ou seja, na mais completa fragmentação.

(...) a parceria intersetorial não se dá automaticamente. É preciso estar advertido da ilusão de que algo acontecerá de potente pela simples junção de diferentes setores convocados por conta de uma situação problemática. Frequentemente, isto gera um diálogo de surdos, uma babel, ou a impressão danosa de delegação de responsabilidade de um setor para o outro (COUTO; DELGADO, 2010, p. 6).

A intersetorialidade exige não só articulação de saberes e experiências, mas um profundo reconhecimento do outro, seja ele área de conhecimento, setor ou esfera de governo, tanto no planejamento como na execução e avaliação de ações, (JUNQUEIRA, 1997) construídas para o enfrentamento de problemas concretos (FEUERWERKER; COSTA, 2000). A possibilidade do trabalho intersetorial implica também, a necessidade desta mesma ótica tanto na saúde como na formação desenvolvida nas Instituições de Ensino Superior (IES), Escolas Técnicas ou de Educação Básica.

Assim, contradições se manifestam também na intersetorialidade, seja na articulação educação e saúde, pelo descompasso entre a formação desenvolvida na área da saúde e as necessidades do SUS, seja no descompasso entre as políticas legitimadas em leis e decretos e a materialização/operacionalização destas.

Mostra-se importante e urgente pensar/fazer a educação dos trabalhadores da saúde, num processo de ensinar-aprender-cuidar e como possibilidade de mudança efetiva nas práticas de saúde. No entanto, o trabalho coletivo enquanto “valor de uso”<sup>104</sup> não é tão simples assim, exige atenção, paciência, cultivo e outro projeto de sociedade. Mudanças que permeiam as discussões da área desde muito tempo, seja em relação à educação em saúde em geral, seja especificamente em relação à questão da educação permanente em saúde ou de sua institucionalização enquanto Política Nacional.

---

<sup>104</sup> A utilidade de uma coisa faz dela valor-de-uso, que só se realiza com a utilização ou o consumo (...) os valores-de-uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social dela (MARX, 2006, p. 58).

Nunes (2004) analisando os debates que ocorriam em relação à educação em saúde e a realidade social, afirmou a atualidade e a coerência da proposta apresentada pelo MS, na qual “são estabelecidas as bases para a adoção da educação permanente como modelo institucionalizado de organização das atividades de ensino no e para o trabalho no setor saúde”. Destaca a autora que educar permanentemente é “uma diretriz qualificadora da gestão de equipes e de serviços, em qualquer espaço onde o trabalho em saúde se realize” (NUNES, 2004, p. 10-11).

Ceccim (2005a) salientou a importância da “capacidade pedagógica” ser inerente “a rede do SUS, uma das metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil, no sentido de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (p. 975). Para o autor, a educação dos trabalhadores da saúde como uma “ação finalística” e não como uma “atividade-meio” da política, foi uma opção, aonde “o conceito de educação permanente em saúde (EPS) vem redimensionar o desafio de sua implementação com a conotação de ampla intimidade e intercessão educação/atenção na área de saberes e de práticas em saúde” (CECCIM, 2005a, p. 975).

Para Franco (2007), no processo de construção do SUS houve investimento na educação para a saúde, porém, “tanto gestores como trabalhadores da saúde corroboram que o investimento feito não está se convertendo em alterações das práticas de cuidado”. Frente a isso o autor propõe que os “diversos cenários de produção do cuidado, onde seria possível desenvolver metodologias educacionais vinculadas a uma ideia geral de educação permanente em saúde” fossem pensados como “unidades de produção pedagógica” (FRANCO, 2007, p.427).

No debate acalorado sobre a EPS, Rovere (2005), tendo presente às contradições da sociedade em que estamos inseridos, demarca a educação permanente como “método e conteúdo” portador de novas formas de resolver os problemas de saúde, mas, ao mesmo tempo, traz uma contundente e importante reflexão:

(...) tal vez la Educación permanente de trabajadores, equipos y redes de equipos desencadene sus motivaciones, mas bien en cierta insatisfacción profunda con ese caudal de conocimientos e innovación que fortalece la atención de la salud como mercadería a ser transada en el mercado de servicios de salud y reacciona frente a la despreocupación por pensar la

integralidad de los problemas de salud y de las respuestas que trabajadores de salud y población requieren construir juntos para enfrentar la complejidad creciente de los problemas sociales y sanitarios. Tal vez las ambiciosas iniciativas de transformación en realidad marcan y demarcan un campo de fuerzas que debe ser constantemente cartografiado para que la educación permanente no sea reabsorbida como una metodología moderna y eficiente para aprender lo mismo (ROVERE, 2005, p. 169-170).

Concordamos com Rovere, pois é fundamental manter atenção ao que está latente em uma política pública, há quais interesses atende, e isso não é mera contingência, é necessário, especialmente se o desejo é o de transformação e não apenas de adaptação, de reestruturação ou manutenção de *status quo*. Assim, é possível construir alternativas, ao invés de apenas adotar novas formas de fazer o mesmo.

Para Cecílio (2007), tendo em vista que o operado pelos trabalhadores como mudança nem sempre coincide com aquilo que foi pensado por quem o planejou, qualquer pretensão de “se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muito prescritivos de se fazer a gestão” (CECILIO, 2007, p. 348).

A operacionalização da PNEPS, como referido na Portaria 198/2004, cabia aos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), compostos pelos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes e trabalhadores da saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. Além disso, outras instituições poderiam solicitar integração aos Polos (BRASIL, 2004). Num universo múltiplo no qual interesses diversos se faziam presentes há alteração nas relações de força.

Naqueles estados onde houvesse vários PEPS era responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde reuni-los periodicamente estimulando a cooperação, a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, respeitando as necessidades e especificidades locais. Cada Polo era referência e responsável por um determinado território, cuja definição era pactuada na Comissão Intergestores

Bipartite (CIB) e aprovada no Conselho Estadual de Saúde (CES), em cada estado. Todo município tinha um polo de referência (BRASIL, 2004).

A Portaria 198/2004 estabeleceu, ainda, que a PNEPS fosse financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde. A primeira distribuição de recursos teve os critérios e montante pactuado na Comissão Intergestores Tripartite ainda em 2003. Os critérios foram: população dos municípios em gestão plena; equipe saúde família; número de conselheiros de saúde; concentração de equipamentos de ensino; unidades de saúde; população total em 2002; cursos da área da saúde. Conforme o Anexo I da Portaria, em termos de recursos, no ano de 2004 seria aplicado um total de 40 milhões, dos quais cabia à Região Sul 13,09% e deste percentual, 4,09% destinado ao Rio Grande do Sul (BRASIL, 2004). Cabe observar em relação à distribuição de recursos “o fato de não ser uma distribuição efetiva de recursos, e sim, uma previsão de aplicação, uma disponibilidade para utilização” (BRAVIN, 2008, p. 68-9).

Ainda em 2004, pela Portaria 1829<sup>105</sup> foram definidos novos recursos financeiros do MS para os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente no total de 100 milhões para execução em 2005. Para a região Sul tocava 13,84% deste montante, representando para o Rio Grande do Sul 4,48%. Esta Portaria estabelecia, ainda, que os Polos que não houvessem utilizado os recursos alocados na Portaria anterior, poderiam utilizá-los somando os mesmos aos novos valores.

A legislação previu a realização de uma avaliação da implantação dos polos no país e dos critérios utilizados na distribuição dos recursos para definir a próxima distribuição. No entanto, conforme Bravin (2008), após esse período não foram feitas novas alocações e nem a avaliação dos critérios distributivos. Para o autor “a gestão de recursos financeiros continuou centralizada no nível central e sua liberação estava condicionada à apresentação de projetos coerentes com a política” (BRAVIN, 2008, p. 68-9).

Os projetos apresentados pelos Polos eram encaminhados ao Ministério da Saúde para validação, de acordo com as orientações e as diretrizes para a

---

<sup>105</sup> Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=46&data=03/09/2004&capchafield=firistAccess>>.

operacionalização da PNEPS, produzidas a partir do que fora aprovado no Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 2003. Visando que os projetos contemplassem as diretrizes de validação e os critérios pactuados, o Ministério da Saúde oferecia acompanhamento e assessoramento (BRASIL, 2004).

No final de 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, realizou uma avaliação dos Polos. Embora reafirmando a importância da Educação Permanente e a necessidade da continuidade da Política, frisou a urgência de reformular a estratégia dos polos, objetivando superar os inúmeros problemas que resultaram de sua implantação.

Nesta avaliação como pontos positivos o CONASS ressaltou o fato dos PEPS levarem “a discussão sobre educação permanente para os diferentes espaços do SUS; ter descentralizado recursos financeiros para que houvesse definição de prioridades locais e regional; ter incorporado segmentos como instituições de ensino superior, trabalhadores de saúde, controle social” (BRASIL, 2011, p. 63).

**E4:** (...) a gente vem de uma prática muito fragmentada e eu acho que a educação permanente vai fazer com que a gente também consiga se abrir mais, se integrar mais como um todo. (...) temos realidades bastante diferentes, disputas muito grandes também, mas se consegue vislumbrar uma representatividade, que vejo como um grande avanço. Porque temos instituições públicas e instituições privadas, os municípios vêm participando num processo crescente contínuo.

**E1:** Não adianta eu trazer um médico para tratar sobre os diversos assuntos, para discutir a regulação, acesso aos serviços nas suas referências, se ficar por aí, tem que ter continuidade nesse trabalho, tem que ter discussão, tem que ter acompanhamento,

Porém, para o CONASS havia pontos que precisavam ser revistos, com urgência, para o êxito da implementação da PNEPS. Entre estes merecem destaque: “falta e/ou desencontro de informação entre os gestores das três esferas e o aparelho formador; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos; mudanças das regras durante o processo; baixa institucionalidade do processo” (BRASIL, 2011, p. 63). Ao mesmo tempo em que avalia como positiva a ampliação de mecanismos de participação e descentralização da operacionalização da PNEPS, o Conselho reivindica maior institucionalização.

A descentralização prevista na estruturação do SUS foi e é um grande desafio. Desafio que também incidiu sobre a PNEPS e suas estratégias de operacionalização.

(...) essa descentralização ocorreu sem que houvesse um investimento efetivo na qualificação da gestão local – não somente por meio de “capacitações”, mas através do apoio efetivo, direto, presencial, à construção da caixa de ferramentas das equipes locais para a gestão e para a formulação de políticas. Sem esse aporte, apenas um número limitado de municípios conseguiu construir um “corpo de gestão” com efetiva capacidade propositiva. As consequências se fazem visíveis em diversos âmbitos do sistema, fragilizados diante da limitada capacidade local de formular soluções específicas para suas respectivas realidades. Essas dificuldades se manifestam na gestão de processos de educação permanente em saúde (...) em especial, a do financiamento um dos elementos identificados como fragilidade nos Polos de Educação Permanente em Saúde (FERRAZ *et al.*, 2013, p. 1684-1685).

As questões levantadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde mostram que houve fragilidades do Ministério da Saúde tanto no sentido de se preparar para a implementação da Política como no sentido de ajudar Estados e Municípios a se prepararem para isso, além de certa centralização. Porém, precisamos considerar que o espaço de tempo entre a instituição da Política em fevereiro de 2004, mesmo que movimentos anteriores estivessem ocorrendo, e as colocações do CONASS no final de 2006, foi curto. Aproximadamente dois anos entre a instituição e a operacionalização. Assim, há que se ter presente o contraditório, tendo em vista que,

(...) como instância do SUS, esses Polos não necessariamente respondem de modo uniforme a esta pauta, pois a instalação de múltiplos atores locorregionais lhe dá singularidades que não podem ser desprezadas. Mas o terreno e o sentido da política estão aí instalados, cabendo aos atores concretos resolvê-los nos seus modos de produzir o SUS, no Brasil. Não há solução para estes processos à parte daquela que é encontrada para a constituição do SUS como institucionalidade. A multiplicidade desta se expressa também nos Polos (MERHY, 2005, p. 172).

Aliando a isso, em fevereiro de 2006 pela Portaria GM/MS 399 foi divulgado o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - e aprovadas suas Diretrizes Operacionais. Conforme o Anexo I da Portaria anualmente o Pacto seria revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS e nas necessidades de saúde da população, implicando a definição de prioridades de forma articulada e integrada aos

três componentes que compunham o Pacto: Pacto pela Vida<sup>106</sup>, Pacto de Gestão do SUS<sup>107</sup> e Pacto em defesa do SUS<sup>108</sup>. Pela Portaria GM 698/2006 os recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde passaram a ser transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, por blocos de financiamento, quais sejam: Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; e Gestão do SUS. Cada bloco era constituído por componentes (BRASIL, 2006).

Frente às novas regras trazidas pelo Pacto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi reformulada pela Portaria GM/MS nº 1996/2007, adequando entre outras coisas a transferência de recursos para o financiamento de ações. Ficou estabelecida a transferência regular e automática dos recursos para EPS do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual ou Fundos Municipais, inseridos no bloco de Gestão do SUS (BRASIL, 2007).

**E16:** Na verdade tem toda uma questão de como é que vai ser usado esse recurso. O município tem receio de gastar, porque se ele gastar esse recurso para profissionais de outros municípios o Tribunal de Contas do Estado, que não sabe nada sobre EPS e não tem nenhuma vontade de aprender, só quer saber de aplicação da lei, vai querer saber por que o município gastou aquele recurso com profissionais de fora. Se não tá baseado em nenhuma Lei aquele gestor vai ter problemas. Gastar recurso baseado numa Portaria não te defende frente ao Tribunal de Contas.

---

<sup>106</sup> O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2011, p. 64).

<sup>107</sup> O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/90, define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal e estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2011, p. 64).

<sup>108</sup> O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado; e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. De acordo com a Portaria a concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais (BRASIL, 2011, p. 64).

Acompanhando o Pacto de Gestão, a condução regional da PNEPS passou a ser feita por meio de um Colegiado de Gestão Regional (COGERE)<sup>109</sup>, com a participação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>110</sup>. Estes Colegiados tinham a responsabilidade da elaboração de Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. Com o Decreto 7508/11, o COGERE passou a se denominar Comissão Intergestores Regional (CIR)<sup>111</sup>. Além disso, estabelece que o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (BRASIL, 2011).

Os recursos relativos ao limite financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, tratados na 1996/2007 passaram a ser transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos Fundos de Saúde estaduais e municipais. No entanto, a partir de 2008 aparecem às condicionalidades, ou seja, o financiamento do componente federal da PNEPS, seguindo a dinâmica estabelecida no Pacto pela Saúde, seria repassado apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que assinaram seus Termos de Compromisso de Gestão<sup>112</sup>, aderindo, portanto, ao Pacto.

---

<sup>109</sup> Enquanto nos demais estados brasileiros o Colegiado de Gestão Regional era chamado de CGR no Rio Grande do Sul era chamado COGERE. Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

<sup>110</sup> As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS. O Art. 5º da Portaria 1996 estabelece que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

<sup>111</sup> O Decreto 7508/11 considera Comissões Intergestores como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS ( Art. 2º, inciso IV). O Art. 30 estabelece que as Comissões Intergestores pactuem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, atuando a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (inciso III).

<sup>112</sup> Em 2012 a Portaria Nº 1.580, de 19 de julho, afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios.



Conforme o Anexo I da nova Portaria, a distribuição e alocação dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedeceu três grupos de critérios, para inflexão da EPS onde deveria incidir. O primeiro grupo referia-se a adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecnoassistencial. Assim, quanto maior fosse a adesão a esse grupo de políticas, maior a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de trabalhadores para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde era de 30% do total. Os critérios que compunham este grupo: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%); Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%); Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – 1caps/100.000hab (10%) (BRASIL, 2007).

O segundo grupo de critérios dizia respeito à população total do estado e ao quantitativo de trabalhadores de saúde que prestavam serviços para o SUS. Quanto maior fosse o número de trabalhadores e a população a ser atendida, maior seria a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento dos mesmos. Esse grupo de critérios correspondia a 30% do total na distribuição dos recursos federais para a EPS. Eram critérios desse grupo: número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%); população total do estado (10%) (idem, ibidem).

O terceiro grupo buscava dar conta das iniquidades regionais: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos da saúde. Quanto menor o IDH-M maiores as barreiras a enfrentar para atender à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Então, maior recurso seria destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento da situação local. O financiamento maior dessas áreas visava também, desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos para a EPS equivalia a 40% do total. Compunham este grupo: o IDH-M de 2000 (20%); inverso da concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde e Escolas Técnicas do SUS) (20%) (BRASIL, 2007).

As alterações introduzidas no financiamento e nos critérios de alocação de recursos pela Portaria GM/MS 1996/07, acarretaram dificuldades aos Estados em relação à PNEPS. Viana (2010) salienta que, embora, houvesse facilidade na transferência de recursos da esfera federal aos fundos estaduais e municipais de saúde, entre as dificuldades dos estados, ganha destaque a “execução orçamentária” tendo em vista que,

(...) a destinação dos recursos às ações de Educação Permanente no ritmo desejável esbarra nas legislações e procedimentos para a execução dos recursos e na pouca experiência de servidores públicos nas áreas meio. Este componente desempenha um papel importante na explicação de recursos não realizados na área finalística (Educação) e em atividades de EP que não se realizam conforme planejado (VIANA, 2010, p.19).

Os entraves, desconhecimentos e disputas geram desestímulo e desistência, como apontam as seguintes falas:

**E1:** fui convidado para participar das reuniões da CIES regional, eu fui a uma ou duas. É uma dificuldade de entendimento, montagem de projetos, de definição dos treinamentos, dos cursos de Educação Permanente, depois não acompanhei mais. A nossa realidade diante da (...) tem sido complicada, nós não conseguimos estabelecer um curso desde tempos (...) começou um e por problemas técnicos, de falta licitação, toda estrutura que nós montamos teve que ser cancelada. Nós lá na região tínhamos diversos municípios participando e organizado e aí o curso foi suspenso porque não tinha sido contratada empresa de acordo com a legislação.

**E18:** Em relação à política o problema da execução do recurso é uma coisa muito complicada e acho que o Ministério tem que avaliar tem que facilitar (...) um dos problemas de quem executa, por exemplo, é que não pode utilizar os recursos para pagamento de comida, nem de transporte. E, quando se faz os eventos de um dia inteiro a questão da comida é fundamental para o pessoal que tá reunido, que vem de outros lugares. E então isso dificulta muito o processo de quem vai executar a política. A questão do financiamento tem que ser revista para não impedir o processo de acontecer. Senão as pessoas acabam só pagando os cursos que se incomodam menos, contratam lá uma empresa que faz o curso e põem todo o dinheiro. E não é isso que se pensa fazer.

**E10:** A questão dos recursos impacta nas ações. A burocracia é muito grande

**E11:** A execução é a pior, acho que é a mais difícil (...) na saúde, hoje, tu te envolve com muitas coisas, é muito cobrada, exigida, então tem que saber conciliar todos estes passos, de vir um recurso,

saber executar aquele recurso, saber que tu tá dando respaldo, ter um acompanhamento.

Instalou-se nesse movimento um processo de rearticulações<sup>113</sup> e de alteração na relação de forças.

#### 4.6 O SUS E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Entender o processo de construção do Sistema Único de Saúde implica ter presente que este é fruto da relação de forças, dos enfrentamentos ocorridos ao longo dos anos entre grupos sociais com diferentes projetos de sociedade e que, embora legalmente instituído, é necessário construí-lo como prática/consciência social. Frente à demanda social por saúde, é preciso buscar alternativas por dentro do Estado com a participação da sociedade, construindo políticas públicas para garantir os encaminhamentos necessários a estas demandas e garantir direitos já presentes no texto constitucional.

No entanto, o fato da saúde estar legalmente instituída como direito, não significa sua efetivação concreta, pois como aponta Lucchese (2004, p.3) “as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados”. Nesse processo, assim como avanços, encontramos pontos polêmicos,

---

<sup>113</sup> Em 2015, a Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015 institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O COAPES tem como objetivos: garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. Entre os princípios que devem ser no COAPES (Art. 3º) destacamos: V – compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região; VII – integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde; O Art. 4º, inciso II especifica que o COAPES, obrigatoriamente, deve trazer a definição das atribuições dos serviços de saúde e das instituições formadoras, em relação à gestão, assistência, ensino, educação permanente, pesquisa e extensão (BRASIL, 2015).

entraves, um descompasso entre o projetado, o instituído legalmente e o concretamente existente.

Um dos pontos polêmicos, identificado como corresponsável pela fragilidade no atendimento às necessidades de saúde e que ao longo do tempo gerou e continua gerando discussões (CAMPOS, 2001; FEUERWERKER, 2002; 2004; CECCIM, 2004; 2008; ARAÚJO, 2007; ALMEIDA, 2008), está centrado no descompasso entre a formação inicial realizada nos cursos da área da saúde e a preparação dos futuros trabalhadores para atender as necessidades de saúde da população e, especificamente no contexto atual, incoerentemente frente aos princípios<sup>114</sup> do SUS.

Ao longo dos anos, movimentos foram feitos buscando diminuir este descompasso, sejam como experiências pontuais, diretrizes internacionais, demandas da sociedade que se transformam em ordenamento jurídico. Nesse processo, passa a compor a Constituição Federal de 1988 (Art. 200), bem como a Lei nº 8080/90 (Art. 6º) a afirmação de que compete ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Como estratégia para alterar a situação de descompasso e efetivar o disposto na legislação antes referida, o Ministério da Saúde empreendeu algumas iniciativas. Iniciativas estas compostas de programas e de projetos, que em 2004 culminaram com a instituição de uma Política Pública de Educação, no âmbito do Ministério a Saúde.

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores (CECCIM, 2005b, p. 163).

Com certeza esse quadro demanda iniciativas. Isso é ponto pacífico e pode ser desenvolvido. No entanto, devemos ter presente, que se não houver condições materiais e políticas para tal, a responsabilidade acaba ficando novamente como sendo do trabalhador, colando-se a ele rótulos como: resistente, acomodado, desinteressado, desimplicado. Esta necessidade de uma formação voltada às

---

<sup>114</sup> Princípios Doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade; Princípios Organizativos: Regionalização, Descentralização e Participação Popular.

necessidades de saúde da população, como já dissemos em outra parte do texto, se mantém no cenário atual em nosso país, apesar de diversas iniciativas desenvolvidas no sentido de modificar essa realidade, sejam elas anteriores ao SUS ou posteriores à sua criação. O Quadro 6 apresenta iniciativas (projetos) do MS, situando o período e os objetivos dos mesmos.

**Quadro 6 – Projetos desenvolvidos voltados à formação dos trabalhadores da saúde**

Projeto	Surgimento	Objetivo
LARGA ESCALA	1982	Formar profissionalmente trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde. Projeto de cooperação interinstitucional, oriundo do Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a OPAS.
CADRHu	1987	Contribuir para a modernização dos processos institucionais do campo de recursos humanos assegurando sua compatibilização com os princípios e metas da reforma sanitária brasileira.
GERUS	Década de 1990	Desenvolver a capacidade gerencial das unidades da rede básica de saúde, como atividade de cooperação técnica entre a OPAS e o Ministério da Saúde.
PROFAE	Instituído pela Portaria GM 1.262/1999	Profissionalizar em grande escala os trabalhadores da área da saúde de nível médio, especificamente os auxiliares e técnicos de enfermagem.
RET-SUS e CENTROS FORMADORES	Instituídos pela Portaria Ministerial 1.298/2000,	Compartilhar informação e conhecimento; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos nível médio em saúde; promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no País, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.
PITS	Instituído pelo Decreto 3.745/2001	Incentivar a ida de médicos e enfermeiros a municípios de comprovada carência na atenção à saúde
PROMED	Instituído pela Portaria Interministerial 610/2002	Incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Destas iniciativas voltadas à formação, há algumas que iniciaram pouco antes da instituição do SUS, como o Projeto de Formação em Larga Escala e o Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU).

O Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala ou simplesmente Projeto Larga Escala foi criado na década de 1980, oriundo do Acordo de Recursos Humano firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a OPAS. O Projeto foi desenvolvido de forma descentralizada, possibilitando, assim, uma maior participação dos trabalhadores. Nos anos de 1980, a equipe de saúde era formada predominantemente por médicos e um contingente de trabalhadores de “nível médio e elementar, que representavam 70% (setenta por cento) do pessoal do setor” (GRYSCHEK, *et al.*, 2000, p. 197), deste percentual, “50% (cinquenta por cento) exerciam ações de enfermagem.

Estes profissionais eram absorvidos “nos serviços de saúde, capacitados a título de treinamento e responsabilizavam-se pela prestação da assistência à saúde da população” (GRYSCHEK, *et al.*, 2000, p. 197). De acordo com Castro (2008), dados de 1985 do Conselho Federal de Enfermagem mostram que a equipe de enfermagem “era constituída por pessoal com escolaridade variando entre 1º grau incompleto (41,3%), primeiro grau completo (22,8%) e segundo grau incompleto (31,2%) todos, sem qualificação específica para trabalhar no setor saúde” (CASTRO, 2008, p. 154-155). Frente a esta situação, o primeiro grupo para o qual se voltou o Projeto Larga Escala foi o de atendentes de enfermagem. O Projeto Larga Escala concebeu e deu origem às Escolas Técnicas do SUS (ETSUS).

O projeto para o Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU) foi elaborado em 1987, num processo coordenado pelo Grupo de Recursos Humanos da OPAS, Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, objetivando contribuir com a “modernização dos processos institucionais do campo dos recursos humanos, assegurando sua compatibilização com os princípios e metas da Reforma Sanitária Brasileira” (SANTANA e CASTRO, 1999, p. 15). O CADRHU foi oferecido de forma descentralizada atingindo as cinco regiões do país, o que ampliou o número de participantes e instituições envolvidas em sua execução.

Nos anos de 1990, teve início o Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS), resultado da cooperação técnica entre Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana da Saúde, consistindo em uma proposta de desenvolvimento gerencial, ou seja, a formação de especialista em gerência de unidades básicas de saúde no SUS. Nessa mesma década, foi formulado e implementado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)<sup>115</sup>, fruto de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, objetivando promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal Auxiliar em Enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1999).

Cabe lembrar que já em 1986 a Lei Federal nº 7.498 - Lei do Exercício Profissional de Enfermagem - ao ser publicada reconheceu a existência de trabalhadores de enfermagem sem qualificação exercendo a profissão, e concedeu um prazo de até dez anos para que todos fossem profissionalizados e se tornassem, no mínimo, auxiliares de enfermagem, em processo semelhante ao ocorrido em 1996 com as professoras de curso de nível médio.

Em 2000, com vistas ao fortalecimento da formação de pessoal de nível médio para a saúde e a necessidade de atendimento das demandas do SUS, é instituída por meio da Portaria 1298/00GM<sup>116</sup>, a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Entre os objetivos da Rede encontram-se: compartilhar informação e conhecimento; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica; promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no País, buscando ampliar sua capacidade de atuação de forma coerente com o SUS (BRASIL, 2000).

A Portaria GM/MS 2.970 de 25 de novembro de 2009 atualizou a Portaria 1298/00 dispondo sobre as diretrizes para a organização da RETSUS, definindo as

---

<sup>115</sup> Portaria nº 1262/99GM. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port\\_1262.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf). Acesso: ago.2013

<sup>116</sup> Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%201298-2000.pdf>> Acesso: fev.2013.



características que devem ter as escolas e centros formadores, tanto em relação à gestão quanto ao modelo pedagógico para participar da RETSUS (BRASIL, 2011).

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) funcionam em concordância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. São formalmente instituídas no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e/ou em parceria com Secretarias Estaduais de Educação e Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia para atender os trabalhadores do SUS. As ETSUS adotam o modelo de organização com centralização administrativa e descentralização na execução dos cursos nos diferentes municípios no interior dos estados. Desenvolve grande parte da carga horária de seus cursos em serviços do SUS, o que possibilita de acordo com o MS, ao mesmo tempo certificar o trabalhador e qualificar os serviços (BRASIL, 2011).

Objetivando incentivar a ida de médicos e enfermeiros a municípios de comprovada carência na atenção à saúde foi instituído em 2001 o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)<sup>117</sup>. Dessa forma, além de atendimento às necessidades de saúde da população, foi incentivada a reorganização da atenção básica e o fortalecimento do então Programa de Saúde da Família. Aos trabalhadores do Programa foi assegurada orientação e supervisão.

Entre as iniciativas do Ministério da Saúde, após a instituição da PNEPS em 2004, podemos destacar:

- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) em 2005: Em seus eixos centrais o programa prevê a consolidação de um modelo de aprendizagem mais ativo em que o ensino volta-se para realidade da assistência à saúde pelo SUS, fortalecendo a relação entre ensino e prestação de serviço;
- Programa de Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE) em 2008: O PET é uma das estratégias do Pró-Saúde. Visa a integração ensino-serviço-comunidade e o fortalecimento da atenção básica, a partir da formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, considerando suas equipes básicas, equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Participam do programa instituições de educação superior, públicas ou privadas sem fins lucrativos, que

---

<sup>117</sup> Decreto nº 3.745 de 2001. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/d3745.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3745.htm)>. Acesso em jan.2013,

tenham firmado parceria com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo MS. Disponibiliza bolsas para tutores acadêmicos, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde;

- Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA) em 2009: Objetiva favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica, em especialidades e regiões geográficas prioritárias, definidas em comum acordo com residência médica e instituição de novos programas nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Prevê a concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM).

Sobre a formação inicial no Ensino Superior a intervenção nos cursos de graduação da área da saúde foi o passo seguinte. Assim, levando em consideração as Diretrizes Curriculares para cursos de medicina aprovadas pelo Ministério da Educação e a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)<sup>118</sup>. Uma forma de incentivo às instituições que se dispusessem a adequar a formação que ofereciam às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como adotar práticas de ensino e de atenção à saúde afinadas com a integralidade.

Dito de outra forma objetivava incentivar a promoção de transformações dos processos de formação na graduação, a geração de conhecimentos e a prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares. Na verdade as graduações da área da saúde devem garantir uma boa formação geral que possibilite ao futuro trabalhador ter um olhar voltado ao ser humano que busca atendimento, bem como um conhecimento da realidade do trabalho em saúde na rede de atenção.

---

<sup>118</sup> No período do mestrado participei do processo da construção das mudanças curriculares do Curso de Medicina da UFRGS, que recebeu considerável estímulo ao ser selecionado, juntamente com outras 19 escolas médicas do Brasil, pelo Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Fruto do PROMED na UFRGS originou-se o Projeto Educação e Saúde, o PPGEMSAU, e, entre outras, a publicação Educação em Saúde: um caminho em Construção, organizado por MANFROI, MACHADO *et al.*, 2015.

(...) Os hospitais universitários, por exemplo, não são um cenário parecido com o lugar de atuação das pessoas em qualquer que seja sua inserção profissional porque a prática em saúde hoje em dia é muito mais ambulatorial do que hospitalar. O hospital universitário não tem um funcionamento parecido com o da rede pública nem com o da rede privada. Então, é uma formação de faz de conta. Os profissionais formados saem despreparados para atuar em qualquer cenário real de prática que existe. (...) (FEUERWERKER<sup>119</sup>, 2008)

Concordamos com Feuerwerker, mas acrescentamos que levar para o âmbito dos hospitais universitários (HU) as unidades de saúde e equipes de estratégia da saúde da família, ou Centros de Atenção Psicossocial, é também formar trabalhadores distantes da realidade social. Estruturas desse tipo vinculadas aos HU possuem não somente estruturas físicas e acesso a tecnologias diferenciadas como, também, um número de trabalhadores muito maior, tem adscrita uma população menor, obedece/apresenta um fluxo diferenciado de referência e contrarreferência, e apresenta um maior grau de autonomia. De certa forma, por um lado esses movimentos atendem com mais condições a população, por outro lado são movimentos de cooptação de ações que nasceram como contra a centração no hospital como espaço privilegiado de atendimento às necessidades de saúde e ao médico como centro desse processo.

Isso não significa dizer que deva haver desprezo ou relegar a um segundo plano a técnica, a clínica. Ao contrário, a escuta qualificada, a integralidade exigem a técnica e a clínica<sup>120</sup> como prática social voltada as reais necessidades de saúde da população.

A maioria das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na área da Saúde foi homologada pelo Conselho Nacional de Educação, entre os anos de 2001 e 2002, todas com um texto similar, sinalizando uma formação que considerasse as necessidades do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo salientavam que,

(...) os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de

<sup>119</sup> Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=235&sid=20>. Acesso: jun.2013.

<sup>120</sup> Nesse sentido as reflexões trazidas por Rosana Onocko Campos *et. al.* (2014), no texto intitulado Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes, são esclarecedoras.

profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (...) (BRASIL, 2001, p. 5).

O processo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação e em específico às destinadas aos Cursos de Graduação na área da Saúde, teve início em 1997 quando o MEC convoca publicamente às Instituições de Ensino Superior (IES), a apresentarem propostas para as Diretrizes. O movimento de elaboração e sistematização destas propostas ocorreu, pelo menos em tese, na interlocução com a sociedade, e mais especificamente, com as instituições de ensino superior (IES). Aproximadamente 1200 propostas foram encaminhadas ao MEC, provenientes de universidades, faculdades, organizações docentes e discentes, organizações profissionais, mas, a maioria, foi oriunda da própria comunidade acadêmica.

As Comissões de Especialistas de Ensino (CEEs) sistematizaram as sugestões e as divulgaram, objetivando promover debates e críticas e, assim, legitimar o processo. O material obtido foi novamente sistematizado por áreas e integrou a versão final do documento de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da Saúde, encaminhado ao Conselho Nacional de Educação (CNE). Em 2001, após analisado e revisado pela Câmara de Educação Superior (CES), o documento foi apresentado em audiência pública aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC.

É interessante observar que, embora definidas como orientações, ao mesmo tempo, tomam um caráter mandatório, não opcional, quando especificado “que devem ser necessariamente adotadas” (Parecer CNE/CES nº 1133/2001). Mesmo que na continuidade apontem uma abertura e um estímulo à passagem de um currículo “grade” para um currículo “rede”, embora ambos possam ser prisionais, abrem espaço para transformações no papel, ou meras adaptações. Premidas pela obrigatoriedade de adaptarem-se às determinações legais, as IES correram o risco de encurtar ou mesmo prescindir “de um processo necessário, no campo de

enfrentamentos ético-políticos que coletivamente fossem instituintes de outra concepção de educação, de formação e de currículo” (SILVA, 2005, p. 139).

Ao mesmo tempo, foram definidos como objeto e objetivos das Diretrizes possibilitarem que os currículos pudessem construir perfil acadêmico e profissional “com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade” (Parecer N.º CNE/CES 1.133/2001).

Tanto as Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações da área da saúde quanto a Lei 8080/90 veem na intersetorialidade uma maneira de garantir à educação e à saúde “o diálogo e a orientação compartilhada para a formação dos profissionais, a prestação de serviços, a produção de conhecimentos e a construção de relevância social no campo da saúde” (FEUERWERKER; LIMA, 2004). Os eixos da política para mudanças nos referidos cursos residem na “implementação das diretrizes curriculares, pelo lado da educação, e a adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação, pelo lado da saúde” (FEUERWERKER; LIMA, 2004).

Importante ter presente que as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação e, em específico às destinadas aos Cursos de Graduação na área da Saúde, embora aparentemente sejam apenas mais uma disposição legal não nasce em abstrato. Elas resultam de construções feitas por seres humanos concretos e, portanto, refletem um projeto de sociedade e uma determinada relação de forças. A aprovação das primeiras diretrizes curriculares coincide com a chegada do século XXI, onde a sociedade alcança um inacreditável desenvolvimento tecnológico, mas onde, também, milhares de pessoas morrem de fome ou de subnutrição e de doenças emergentes como a tuberculose. A quem servem as conquistas resultantes do trabalho humano?

Quanto à política pública de formação no SUS, a questão da formação para a saúde se amplia e em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)<sup>121</sup>. A

---

<sup>121</sup> A SGTES foi criada pelo Decreto n.º 4.726/2003, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Houve uma sucessão de revogações e novos Decretos neste sentido. Atualmente vigora o Decreto nº 8065

SGTES foi composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Esta Secretaria responde pela gestão federal do SUS no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores do setor.

Objetivando regulamentar e dar consistência legal às atividades da SGTES e à política de educação permanente, foram editadas diversas portarias<sup>122</sup> que culminaram com a que instituiu a PNEPS.

Para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2003) os programas que ocorreram até então ocasionaram apenas mudanças pontuais nos modelos de formação e cuidado em saúde, pois o fizeram de uma maneira “desarticulada, fragmentada e com diferentes orientações conceituais. Fato este que limitou a capacidade de promover transformações quer nas instituições formadoras, quer nas práticas dominantes no Sistema de Saúde”. Como alternativa a este quadro o DEGES elaborou uma proposta de Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS, onde a “educação permanente aparece como a estratégia fundamental, partindo do pressuposto da aprendizagem significativa”, ou seja, aquela que “promove e produz sentidos” (BRASIL, 2003, p. 3).

Cabe destacar que a teoria da aprendizagem significativa<sup>123</sup> foi apresentada por David Ausubel em 1963 e rerepresentada por ele em 2000. Entre os autores que

---

de 2013, que em seu Art. 2º estabelece as competências da SGTES. Estas competências vão do promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde a fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul (BRASIL, 2013). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm#art6](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm#art6)>. Acesso em: jan. 2014.

<sup>122</sup> Portaria Nº 2428/GM em 23 de dezembro de 2003: cria comissão especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS; Nº 2429/GM em 23 de dezembro de 2003: cria a câmara de regulação do trabalho em saúde e dá outras providências; Nº 2430/GM em 23 de dezembro de 2003: cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências; Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

<sup>123</sup> “(...) a aprendizagem significativa não implica que as novas informações formem um tipo de ligação simples com os elementos preexistentes na estrutura cognitiva. Pelo contrário, só na aprendizagem por memorização ocorre uma ligação simples, arbitrária e não integradora com a estrutura cognitiva preexistente. Na aprendizagem significativa, o mesmo processo de aquisição de informações resulta numa alteração quer das informações recentemente adquiridas, quer do aspecto

vêm publicando sobre a teoria da aprendizagem significativa, e alguns desde a década de 1980, podemos citar, entre outros, Moreira e Masini (1982 2006); Moreira (1983, 1984, 1999, 2000, 2005, 2006, 2011); Moreira e Buchweitz (1993); Masini e Moreira (2008); Valadares e Moreira (2009); Moreira, Caballero e Rodríguez (2004).

Nesse contexto, retorna na saúde a discussão da diferenciação entre educação permanente e educação continuada. Conforme Motta, Buss e Nunes (2001) existem os que defendem que educação permanente (EP) e educação continuada (EC) “possuem uma matriz histórica comum, mas originadas a partir de diferentes motivações”. Porém, no setor saúde estes termos “conferem especificidade ao processo ensino/aprendizagem”. O termo educação continuada englobaria as “atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais” (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001, p. 7). Por outro lado, assinalam os autores, o termo educação permanente, largamente difundido pela OPAS, a partir do ano de 1990, teria como referência,

(...) uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001, p. 7-8).

Para uma melhor compreensão da especificidade destas questões na saúde, trago aqui algumas definições dos termos na área técnica da SGTES, retiradas do Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2012, p. 19-20).

---

especificamente relevante da estrutura cognitiva, à qual estão ligadas as novas informações. Na maioria dos casos, as novas informações estão ligadas a um conceito ou proposição específicos e relevantes. (...) a aprendizagem significativa envolve uma interação selectiva entre o novo material de aprendizagem e as ideias preexistentes na estrutura cognitiva, iremos empregar o termo *ancoragem* para sugerir a ligação com as ideias preexistentes ao longo do tempo” (AUSUBEL, 2000, p. 3).

**Quadro 7 – Termos utilizados na área técnica da SGTES**

**Educação continuada:** processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

**Educação em saúde:** processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. O conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população e deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde.

**Educação na saúde:** a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.

**Educação permanente em saúde:** ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 2012, p. 19-20.

Mancia et al (2004) apresentam um quadro traçando as diferenças entre educação continuada e educação permanente a partir de aspectos-chave.



Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público – Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico - científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: Quadro 1 - Principais diferenças entre Educação Continuada e Permanente segundo aspectos-chave. MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004, p. 606.

No entanto os aspectos apontados pelos autores são frágeis, uma vez que o simples conceito não é garantia de que assim se efetive, e eles utilizam como critérios exclusivamente o enunciado documental. Para Peduzzi *et al.* (2009, p. 123), a “perspectiva de transformação da EC está dirigida às organizações, aos indivíduos e às profissões, e não às práticas sociais, como apontado pela EPS”.

A proposta da SGTES de uma Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS, como vimos anteriormente, foi apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e posteriormente passou também pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>124</sup> em 2003. Na defesa de sua proposta a Secretaria (2003) argumenta que a formação e gestão do trabalho em saúde envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas e, portanto, não é uma questão apenas técnica. Implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde.

Para uma educação em serviço que levasse em conta estes embasamentos, a SGTES escolheu o conceitual da “educação permanente para interpor ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle

<sup>124</sup> Proposta apresentada a CIT em reunião extraordinária. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol\\_formacao\\_desenv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf)>. Acesso: Dez. 2012.

social neste setor” (BRASIL, 2003, p. 4). Para abarcar o universo proposto pela Secretaria com esta política, a cooperação técnica, operacional e financeira, a partir de condicionalidades, era a estratégia, seja em relação às universidades (não se restringindo somente aos cursos da saúde), municípios ou estados.

Para a gestão da educação permanente em saúde, foi proposta a criação de instâncias articuladoras entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços, instâncias do controle social e representações estudantis. Espaços de diálogo e negociações que,

(...) serão o *locus* (como nos comitês, conselhos e grupos de trabalho) para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento - sempre na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no Sistema. Serão *dispositivos* do Sistema Único de Saúde para a mudança nas práticas de saúde e mudança nas práticas de formação em saúde como grupos de debate e construção coletiva (...) (BRASIL, 2003, p. 4).

Em novembro de 2003 o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução Nº 335/2003<sup>125</sup>, afirmou a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão. Em fevereiro de 2004 foi instituída pela Portaria 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

É neste contexto e nestas condições que o Rio Grande do Sul se insere como lugar de pesquisa e de coleta de dados, já apresentados, e os acerca do desenvolvimento socioeconômico do contexto gaúcho, e da saúde a seguir caracterizados.

---

<sup>125</sup> Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_04.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_04.htm)>. Acesso em dez 2013.

#### 4.7 O CONTEXTO GAÚCHO

A saúde está ligada às condições de vida, de trabalho, ao acesso aos serviços, de bem estar, de necessidades atendidas. O trabalho humano em saúde se forma na escola técnica, na universidade, no serviço e na vida. Porém, as mudanças na área da saúde, tais como em outras áreas, são permeadas por avanços e recuos plenos de contradições e delimitados pela especificidade da sociedade em que se inserem. É importante conhecer a estruturação e as condições de saúde no Estado, tendo em vista as relações com o todo.

Não podemos esquecer que, embora se tenha a impressão de que estamos todos falando da mesma coisa, com o mesmo sentido e do mesmo lugar, com uma aparente homogeneidade de discursos, saberes, posições e fazeres, cabe perguntar: que lugar é este e de onde estamos falando?

O Rio Grande do Sul é composto de 497 municípios e registrou em 2015 uma população total de 11.247.972 habitantes (FEE, 2016). O Estado situa-se no extremo sul do Brasil, ocupando pouco mais de 3% do território brasileiro. Abriga aproximadamente 6% da população do país. A população urbana é de mais de 86% do total.

Em 2013 o crescimento do PIB<sup>126</sup> gaúcho foi de 8,2%, o maior do País no ano, ficando acima do PIB nacional que foi de 3,0% (FEE, 2016). Porém, em 2014 o PIB no RS apresentou uma redução de 0,3% em relação a 2013 e em 2015, o PIB apresentou uma redução de 3,4% em comparação a 2014. Em termos de emprego formal no Estado, em 2015, o percentual de concentração nos setores de atividade foi: 47% nos setores de serviços; 25% na indústria; 21% no comércio; 3% na agropecuária e 4% na construção civil (FEE, 2016).

Um dos índices utilizado para avaliar o desenvolvimento dos municípios é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)<sup>127</sup>, uma adaptação da

---

<sup>126</sup> O PIB representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado. O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia, e tem o objetivo principal de mensurar a atividade econômica de uma região. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/pib-rs/estadual/destaques/>>. Acesso em: Dez 2014.

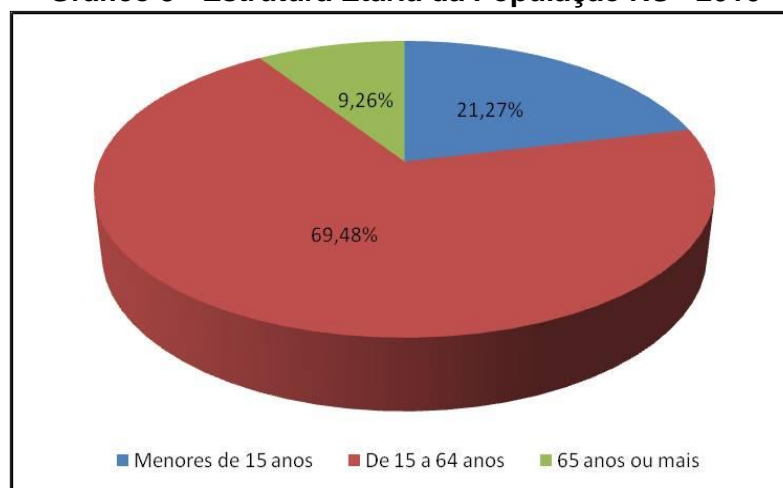
<sup>127</sup> O IDHM foi calculado com dados do Censo de 2010 do Brasil inteiro. O IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de um município. As faixas de desenvolvimento humano municipal são: a) Muito baixo: de 0 a 0,499; b) Baixo: de 0,500 a

metodologia do IDH Global seguindo suas três dimensões: longevidade, educação e renda acompanhadas de outros indicadores (PNUD, 2013). Como os dados do IDHM estão vinculados ao Censo, os últimos dados disponíveis são relativos ao ano de 2010.

O Brasil apresentou um IDHM de 0,7271 em 2010. O Rio Grande do Sul, no mesmo ano, atingiu um índice de 0,746, situando o Estado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto. A dimensão que mais contribuiu para este resultado no RS foi a Longevidade, com índice de 0,840, seguida de Renda, com índice de 0,769, e de Educação, com índice de 0,642 (IDHM BRASILEIRO, 2013)<sup>128</sup>.

A expectativa média de vida ao nascer no RS, para ambos os sexos, em 2010 era de 75,7 anos, passando para 77,2 anos em 2014 (FEE, 2016). A estrutura etária da população gaúcha no ano de 2010<sup>129</sup> se constituía de 21,27% de menores de 15 anos, 69,48% de 15 a 64 anos e 9,26% com 65 anos ou mais (IDHM BRASILEIRO, 2013). Dados da SES/RS apontam que de 1970 a 2010 houve uma diminuição do número de nascimentos e aumento da população acima de 60 anos, evidenciando um envelhecimento da população (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

**Gráfico 3 - Estrutura Etária da População RS - 2010**



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Atlas Brasil, 2013.

0,599; c) Médio: de 0,600 a 0,699; d) Alto: de 0,700 a 0,799; e) Muito alto: de 0,800 a 1 (PNUD, 2013, p. 27). Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_IDH](http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH)>. Acesso em abr 2015.

<sup>128</sup> O Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil é uma plataforma de consulta ao índice dos municípios brasileiros e a uma série de outros indicadores. Está vinculado aos dados fornecidos pelos Censos Demográficos realizados de 10 em 10 anos pelo IBGE. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>>. Acesso em abr 2015.

<sup>129</sup> Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/rio-grande-do-sul](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/rio-grande-do-sul)>. Acesso em jan 2015.

Em relação à situação da Educação no Estado considerando o IDHM e a população de 25 anos ou mais de idade em 2010, 5,44% eram analfabetos, 52,14% tinham o ensino fundamental completo, 35,43% possuíam o ensino médio completo e 11,28% superior completo. No Brasil, esses percentuais eram, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27% (IDHM BRASILEIRO, 2013).

A renda per capita média do Rio Grande do Sul foi R\$ 959,24, em 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, passou de 15,56%, em 2000 para 6,37%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda pode ser descrita através do Índice de Gini<sup>130</sup>, que passou de 0,58, em 2000 para 0,54, em 2010, evidenciando a redução da desigualdade no período por um duplo movimento: redução da pobreza e da concentração da riqueza (IDHM BRASILEIRO, 2013).

**Tabela 3 - Renda, Pobreza e Desigualdade – Rio Grande do Sul e Brasil - 2000-2010**

	RS 2000	BR 2000	RS 2010	BR 2010
Renda per capita (em R\$)	708,12	592,46	959,24	793,87
% de extremamente pobres	5,01	12,48	1,98	6,62
% de pobres	15,56	27,90	6,37	15,20
% da renda apropriada pelos 40% mais pobres	9,19	6,85	11,22	8,59
% da renda apropriada pelos 10% mais ricos	46,63	51,94	43,90	48,93
Índice de Gini	0,58	0,64	0,54	0,60

Fonte: Elaborado pela autora a partir de consulta ao Atlas Brasil 2013<sup>131</sup>.

O percentual da população economicamente ativa de 18 anos ou mais no Rio Grande do Sul em 2010 foi de 70,19% e a taxa de desocupação nessa faixa etária foi de 4,56%. Neste mesmo ano, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais 15,94% trabalhavam no setor agropecuário, 0,26% na indústria extrativa, 15,59% na indústria de transformação, 6,62% no setor de construção, 0,89% nos setores de utilidade pública, 14,66% no comércio e 41,37% no setor de serviços. Em 2010 estavam fora da escola: 64,62% de crianças de zero a cinco anos; 2,76% de

<sup>130</sup> Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor é o 0 quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor) e tende a 1 à medida que a desigualdade aumenta. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes. Disponível em: <[www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta)>. Acesso em jan 2015.

<sup>131</sup> Disponível em: <[www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta)>. Acesso em jan 2015.

crianças de 6 a 14 e 6,03% de jovens, de 15 a 24 anos, não estudavam, não trabalhavam e eram vulneráveis (IDHM BRASILEIRO, 2013).

Outro índice usado para mensurar o nível de desenvolvimento dos municípios do RS, é o utilizado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese)<sup>132</sup>, um indicador síntese que mensura o nível de desenvolvimento em três blocos - Educação, Renda e Saúde. Além de avaliar e acompanhar a evolução dos indicadores socioeconômicos fornece informações para o desenho de políticas públicas específicas, de acordo com as necessidades municipais. Saliento que todos os dados referentes ao Idese e publicados em 2016, foram obtidos no site e publicações da Fundação de Economia e Estatística (FEE)<sup>133</sup>.

O Estado registrou Idese de 0,747 em 2013 maior que o de 2012 que foi de 0,734, apresentando, portanto, um crescimento de aproximadamente 1,7% entre 2012 e 2013. O RS apresenta nível médio de desenvolvimento<sup>134</sup>. Em relação aos blocos que compõem o Índice os resultados do Estado foram os seguintes:

- Bloco Educação: em 2013 registrou índice de 0,679, apresentando um aumento de 2,2% em relação a 2012, cujo índice 0,664.
- Bloco Renda: o índice registrado em 2013 foi de 0,752 em 2013, com aumento de 3,1% em relação ao ano de 2012, quando o índice foi de 0,730.

<sup>132</sup> O Idese é composto por 12 indicadores, dividido em três blocos: Educação, Renda e Saúde. **O Bloco Educação** utiliza cinco indicadores: 1) taxa de matrícula na pré-escola; 2) nota da prova Brasil do 5º ano do ensino fundamental e 3) nota da prova Brasil do 9º ano do ensino fundamental; 4) taxa de matrícula no ensino médio; 5) percentual da população adulta com, pelo menos, o ensino fundamental completo. Esses cinco indicadores se subdividem em quatro sub-blocos, de acordo com faixas etárias: (1.1) população entre quatro e cinco anos (pré-escola); (1.2) população entre seis e 14 anos (ensino fundamental); (1.3) população entre 15 e 17 anos (ensino médio); e (1.4) população com 18 anos ou mais (escolaridade adulta). O índice final do Bloco Educação é a média aritmética dos índices desses sub-blocos. **O Bloco Renda** é composto por dois indicadores: 1) renda domiciliar per capita média sub-bloco renda apropriada; 2) produto interno bruto per capita (PIB) sub-bloco renda gerada. O índice final do Bloco Renda é a média aritmética de seus sub-blocos. **O Bloco Saúde** utiliza cinco indicadores: 1) taxa de mortalidade de menores de cinco anos e 2) números de consultas pré-natais por nascidos vivos; 3) taxa de mortalidade por causas evitáveis e 4) proporção de óbitos por causas mal definidas; 5) taxa de mortalidade bruta padronizada. Esses indicadores se subdividem em três sub-blocos: (1.1) e (2.1) saúde materno-infantil; (3.1) e (4.1) condições gerais de saúde; (5.1) longevidade. O índice final do Bloco Saúde é a média aritmética dos índices desses sub-blocos. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/metodologia/>>. Acesso em abr 2016.

<sup>133</sup> FEE - Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/>>. Acesso em: Abr 2016.

<sup>134</sup> Classificação dos níveis de desenvolvimento: alto (maior ou igual a 0,800), médio (entre 0,500 e 0,799) e baixo (abaixo de 0,499) (FEE, 2016).

- Bloco Saúde: manteve em 2013 o índice de 0,809, o mesmo registrado em 2012.

Pelo quarto ano consecutivo, em 2013, o município de Carlos Barbosa teve o Idese total mais alto no RS - 0,882. A composição do índice por blocos deste município foi: 0,935 no bloco renda (segundo maior índice do RS); 0,876 no bloco saúde e 0,834 no bloco educação.

A FEE destaca que em 2007 apenas sete municípios tinham índice maior ou igual a 0,800, sendo que em 2013, esse número passou para 73 entre os 497 municípios do Estado. Em termos do maior índice alcançado por bloco no ano de 2013, entre os municípios do Estado temos:

**Tabela 1 - Maior Idese por Bloco entre os municípios RS - 2013**

<b>Município</b>	<b>Bloco</b>	<b>Índice</b>
Água Santa	Renda	0,954
Nova Pádua	Saúde	0,918
Nova Petrópolis	Educação	0,845

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da FEE RS

O município com menor Idese no Estado em 2013 - 0,568 foi Alvorada, atingindo por bloco os seguintes resultados: Educação – 0,481; Renda – 0,476; Saúde – 0,746.

Penso importante visualizar o enquadre dos municípios anteriormente referidos e os respectivos Idese, utilizando a divisão da FEE por estratos<sup>135</sup> de população bem como, a população informada pelo IBGE em 2013.

<sup>135</sup> De acordo com FEE a comparação entre municípios com características demográficas similares pode ser analiticamente mais útil. Por isso dividiram o Estado em quatro estratos de população: (a) acima de 100.000 habitantes; (b) entre 20.000 e 100.000 habitantes; (c) entre 5.000 e 20.000 habitantes; e (d) abaixo de 5.000 habitantes. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/tabelas-destaque/>>. Acesso em: abr. 2016

**Tabela 2 - Enquadre dos municípios pelo estrato de população FEE e pelo número de habitantes IBGE - 2013**

Município	Idese	Estrato de população FEE <sup>136</sup>	População IBGE <sup>137</sup>
Alvorada	0,568	Mais de 100.000 habitantes	204.750 habitantes
Água Santa	0,868	Abaixo de 5.000 habitantes	3.838 habitantes
Carlos Barbosa	0,882	Entre 20.000 e 100.000 habitantes	26.976 habitantes
Nova Pádua	0,795	Abaixo de 5.000 habitantes	2.545 habitantes
Nova Petrópolis	0,816	Entre 20.000 e 100.000 habitantes	20.126 habitantes

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da FEE e do IBGE

A caracterização econômico-social é o contexto no qual a saúde da população gaúcha passa a ser analisada.

O processo de descentralização e regionalização do SUS do Rio Grande do Sul foi desencadeado em 1999. Foi neste ano também que as Delegacias Regionais de Saúde foram transformadas em Coordenadorias Regionais, assumindo novas funções, principalmente a articulação do novo sistema de saúde regional. Neste primeiro momento foi usado como ponto de partida para a organização do sistema, o território administrativo das CRS<sup>138</sup>. A saúde foi regionalizada em sete macrorregiões (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Em 2002 é sistematizado o Plano de Regionalização da Saúde, vigente até o momento final desta escrita, com atualizações a partir da legislação.

Atualmente a organização da saúde no Estado é constituída de uma divisão em trinta (30) regiões de saúde<sup>139</sup>. De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011, região de saúde é:

<sup>136</sup>Disponível em:

<<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/destaques/>>.

Acesso em: abr 2016.

<sup>137</sup> Disponível em:

<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/estimativa\\_2013\\_dou.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf)>.

Acesso em: Abr 2016

<sup>138</sup> O Decreto Estadual 40.991, de 17 de agosto de 2001, estabelece a Divisão Territorial da Secretaria da Saúde.

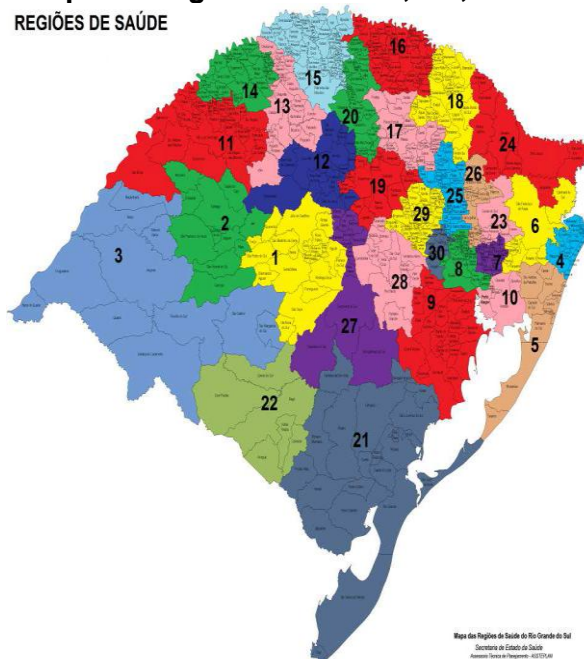
<sup>139</sup> Resolução CIB 555/2012, alterada pela Resolução CIB 459/2014. De acordo com a Secretaria Estadual da Saúde (SES) durante os anos de 2011 e 2012, ocorreu o processo de reconstrução das Regiões de Saúde no Estado. As equipes de trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) discutiram com os municípios a reorganização do território regional, com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento regional. Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde e conta uma Comissão Intergestores Regional (CIR), responsável pelo planejamento e pactuação regional (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 9).



(...) o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

**Mapa 2 - Regiões de Saúde, RS, 2012<sup>140</sup>.**

REGIÕES DE SAÚDE



Fonte: ASSTEPLAN, SES/RS.

Integrando a organização da saúde no RS, estão as 19 Coordenadorias Regionais (CRS). As CRS<sup>141</sup> desempenham a função de coordenação político-administrativa da saúde em cada uma das regiões, sendo responsáveis pelo,

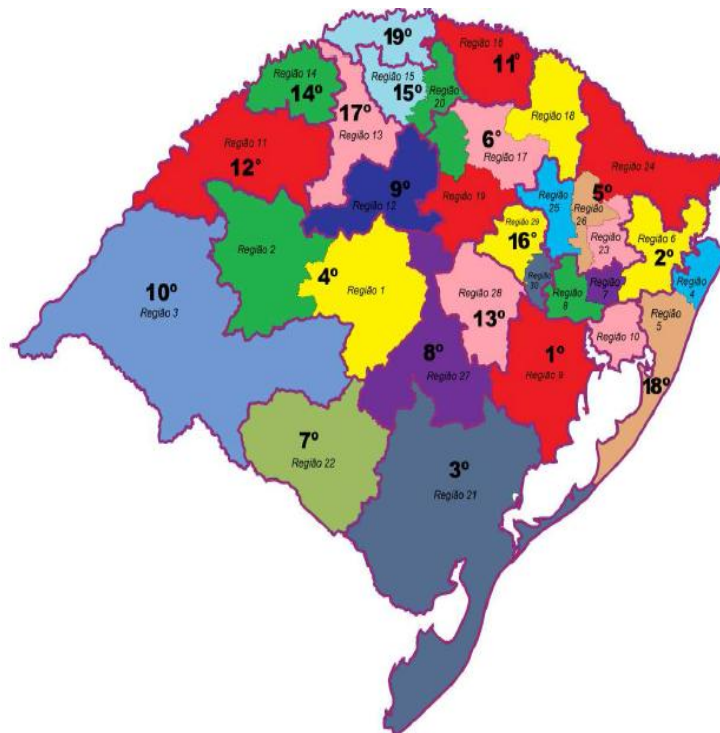
(...) planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde cooperando técnica e operacionalmente com os gestores municipais e prestadores de serviços. Participam das Comissões Intergestores Regionais (CIR), realizando trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à

<sup>140</sup> 1 Verdes Campos; 2 Entre-Rios; 3 Fronteira Oeste; 4 Belas Praias; 5 Bons Ventos; 6 Vale do Paranhana e Costa Serra; 7 Vale dos Sinos; 8 Vale do Caí e Metropolitana; 9 Carbonífera / Costa Doce; 10 Capital e Vale do Gravataí; 11 Sete Povos das Missões; 12 Portal das Missões; 13 Região da Diversidade; 14 Fronteira Noroeste; 15 Caminho das Águas; 16 Alto Uruguai Gaúcho; 17 Região do Planalto; 18 Região das Araucárias; 19 Região do Botucaraí; 20 Rota da Produção; 21 Região Sul; 22 Pampa; 23 Caxias e Hortências; 24 Campos de Cima da Serra; 25 Vinhedos e Basalto; 26 Uva e Vale; 27 Jacuí Centro; 28 Região Vinte e Oito; 29 Vales e Montanhas; 30 Vale da Luz.

<sup>141</sup> Os municípios sede de cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde são: 1ª CRS - Porto Alegre; 2ª CRS - Porto Alegre; 3ª CRS - Pelotas; 4ª CRS - Santa Maria; 5ª CRS - Caxias do Sul; 6ª CRS - Passo Fundo; 7ª CRS - Bagé; 8ª CRS - Cachoeira do Sul; 9ª CRS - Cruz Alta; 10ª CRS - Alegrete; 11ª CRS - Erechim; 12ª CRS - Santo Ângelo; 13ª CRS - Santa Cruz do Sul; 14ª CRS - Santa Rosa; 15ª CRS - Palmeira das Missões; 16ª CRS - Lajeado; 17ª CRS - Ijuí; 18ª CRS - Osório; 19ª CRS - Frederico Westphalen.

saúde, oferecendo apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional, realizado de forma ascendente (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 8).

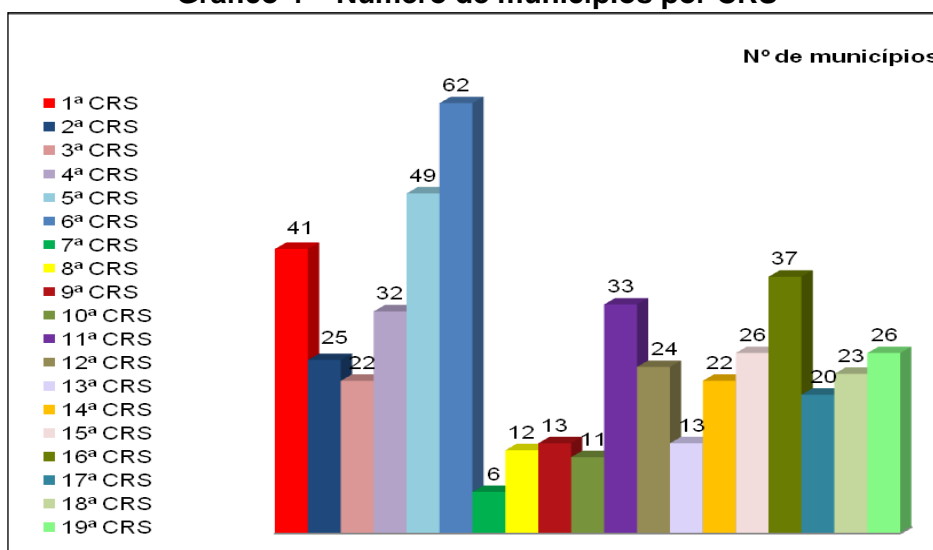
**Mapa 3 – Coordenadorias Regionais de Saúde, SES, RS, 2012.**



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

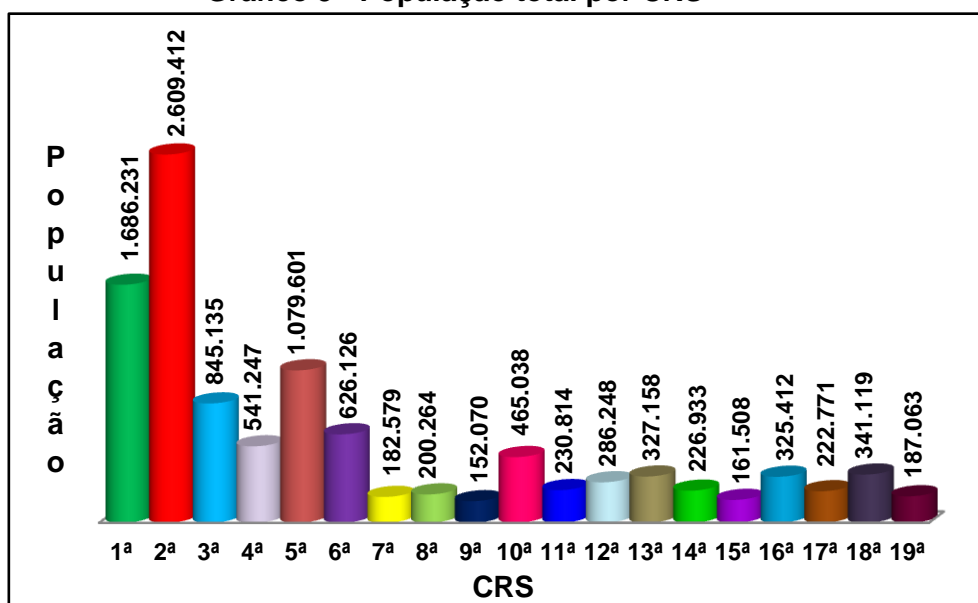
Cabe ressaltar que as Coordenadorias Regionais apresentam desigualdades importantes, entre as quais podemos apontar o número de municípios de abrangência e concentração de população. O Gráfico 4 mostra o número de municípios por CRS e, o Gráfico 5 a população por CRS.

Gráfico 4 – Número de municípios por CRS



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir dos dados do SGE- SES/RS<sup>142</sup>

Gráfico 5 - População total por CRS



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir dos dados da SES/RS

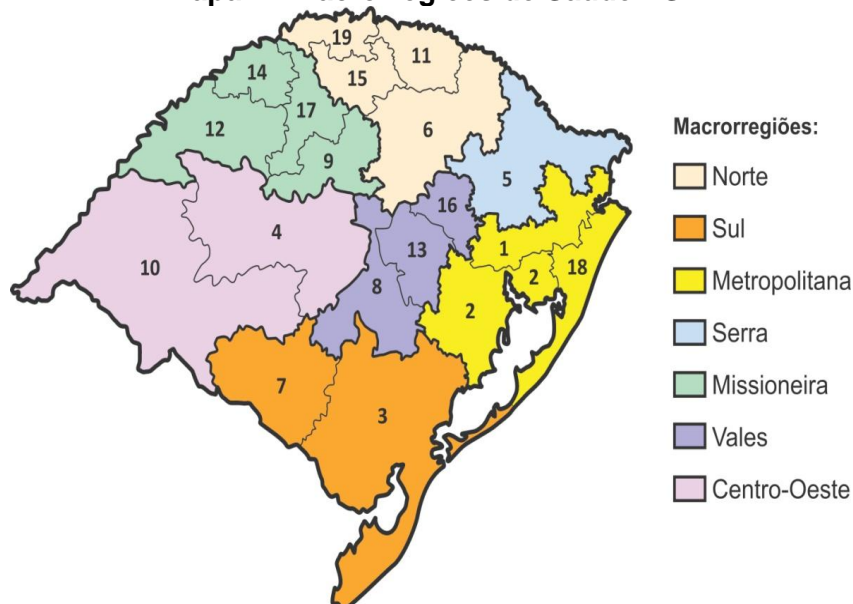
A saúde no Estado tem também uma divisão macrorregional. A criação das sete macrorregiões de saúde objetivou uma nova organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. As macrorregiões contam com hospitais de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos, hospitais de referência regional e hospitais de referência microrregional, além de unidades locais de saúde que foram reestruturadas para dar

<sup>142</sup> SGE – Sistema de Gestão Estratégica – SES/RS.

Disponível em: <http://ti.saúde.rs.gov.br/sge/sge/indicadores/notatecnica>. Acesso em: abr. 2015.

atendimento principalmente ambulatorial e com internações curtas e de baixa complexidade. O atendimento ambulatorial foi constituído mediante a consolidação de centros de referência e de especialidades (RIO GRANDE DO SUL, 2002, p. 19).

**Mapa 4 - Macrorregiões de Saúde RS**



Fonte: ASSTEPLAN SES/RS

A macrorregião Centro-Oeste é composta por 43 municípios; a macrorregião Metropolitana por 89 municípios; a macrorregião Missioneira comporta 79 municípios; a macrorregião Norte por 147 municípios; a macrorregião Serra por 49 municípios; a macrorregião Sul por 28 municípios; e a macrorregião Vales composta por 62 municípios. Na Tabela 4 podemos visualizar as macrorregiões, a população que as compõem e as respectivas CRS.

**Tabela 4 - Macrorregiões, população e Coordenadorias Regionais de Saúde.**

Macrorregião de Saúde	População (2014)	CRS
Centro-Oeste	1.039.343	4 <sup>a</sup> , 10 <sup>a</sup>
Metropolitana	4.885.445	1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> , 18 <sup>a</sup>
Missioneira	913.266	9 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> , 14 <sup>a</sup> , 17 <sup>a</sup>
Norte	1.252.803	6 <sup>a</sup> , 11 <sup>a</sup> , 15 <sup>a</sup> , 19 <sup>a</sup>
Serra	1.152.210	5 <sup>a</sup>
Sul	1.069.502	3 <sup>a</sup> , 7 <sup>a</sup>
Vales	894.705	8 <sup>a</sup> , 13 <sup>a</sup> , 16 <sup>a</sup>

Fonte: elaborado pela autora a partir do PES 2016-2019 – SES/RS

Em relação à mortalidade no Estado foram registrados 81.981 óbitos em 2014. Entre os grandes grupos de causas, perfazendo 78,61% do total de óbitos,

tem destaque: as doenças do aparelho circulatório (22.947 óbitos); neoplasias/tumores (17.760 óbitos); doenças do aparelho respiratório (10.112 óbitos) e causas externas<sup>143</sup> (7.944 óbitos). Levando em conta o grupo etário o percentual sobre o total de óbitos é de: crianças (0 a 9 anos) 2,32%; adolescentes (10 a 19 anos) 1,31%; adultos (20 a 59 anos) 25,60%; idosos (60 anos e mais) 70,71% (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Conforme dados do Relatório Anual de Gestão 2015 (RAG 2015), a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>144</sup>, existem no RS 6.403 estabelecimentos de saúde prestadores de serviço ao SUS, de diferentes tipos como: Centro de Saúde/Unidade Básica, Unidade de Apoio, Diagnose e Terapia, Posto de Saúde, Clínica/Centro de Especialidades entre outros. Destes, considerando a esfera administrativa, 68,66% são públicos e 31,34% privados. Considerando o tipo de gestão<sup>145</sup> dos estabelecimentos, 75% têm gestão municipal, 16% têm gestão dupla e 9% têm gestão estadual. Dados do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGUS)<sup>146</sup> apontam que 70% dos estabelecimentos são públicos e 30% privados. No entanto, o gestor estadual assinala que, em relação aos dados da natureza jurídica dos estabelecimentos “pode ter ocorrido um

---

<sup>143</sup> De forma geral, acidentes e violências (acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, violências doméstica, entre outros).

<sup>144</sup> O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi criado em 1999. Em 2000, o MS/SAS, determina ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Em 2015, pela Portaria nº 1.646, de 2 de outubro, o CNES é instituído. Conforme a Portaria 1646/2015 o cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional. Ele é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no país, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde. O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral proposto para os estabelecimentos de saúde é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações. Deve ser atualizado, no mínimo, mensalmente. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html)>. Acesso em: jan. 2016.

<sup>145</sup> O tipo de gestão identifica com qual gestor (estadual ou municipal) o estabelecimento tem contrato/convênio e quem é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços de média e alta complexidade prestados ao SUS. Estabelecimentos classificados como gestão dupla estão sob gestão estadual, mas realizam também ações de atenção básica (RIO GRANDE DO SUL, 2015, p. 9).

<sup>146</sup> A Portaria nº 575, de 29 de março de 2012, institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGUS), integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do SUS (BRASIL, 2012).

erro do sistema na identificação da gestão (municipal, estadual e dupla) dos estabelecimentos e sua natureza jurídica, pois sabidamente os municípios têm um número maior de prestadores sob sua gestão, diferente do apresentado” (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Estudo do IBGE (2015) aponta que cerca de 88,0% (4.924) dos municípios brasileiros informaram possuir estabelecimentos de saúde sob sua responsabilidade de gestão. Deste total, 10,6% (522) possuíam estabelecimentos, sob sua responsabilidade, administrados por terceiros. No que se refere ao total de estabelecimentos sob-responsabilidade municipal, administrados por terceiros, de um total de 2.316 estabelecimentos, cerca de 43% eram administrados por organizações sociais (OS); 28,4%, por empresas privadas; 18,2%, por consórcios públicos; 5,7%, por organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP); 3,2%, por cooperativas; e 1,3%, por consórcios de sociedade (IBGE, 2015, p. 53).

Em relação ao quantitativo de trabalhadores do SUS no Rio Grande do Sul (municipal, estadual e federal), o RAG 2015 da Secretaria Estadual da Saúde, a partir de dados retirados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresenta o seguinte quadro:

**Quadro 8 - Profissionais SUS no Rio Grande do Sul - 2015**

<b>Tipo</b>	<b>Parciais</b>	<b>Totais</b>
Consultoria	13	
Cooperado	1	
Intermediado por organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	74	
Intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos	1.079	
Intermediado por cooperativa	13	
Intermediado por empresa privada	871	
Intermediado por organização não governamental (ONG)	31	
Intermediado por organização social (OS)	338	
Pessoa física	9.021	
Pessoa jurídica	1.876	
Sem intermediação (RPA)	14	
Sem tipo	945	
<b>Sub – Total</b>		<b>16.199</b>
<b>Bolsa – Bolsista</b>		<b>1.149</b>
<b>Cooperativa - Sem tipo</b>		<b>149</b>
<b>Estágio</b>		
Estagiário	222	
Sem tipo	298	
<b>Sub – Total</b>		<b>520</b>
<b>Informal - Contratado verbalmente</b>	1.099	<b>1.099</b>
<b>Intermediado</b>		
Autônomo	840	

Cargo comissionado	28	
Celetista	2.492	
Contratado temporário/tempo determinado	475	
Cooperado	394	
Empregado público celetista	368	
<b>Sub – Total</b>		<b>4.597</b>
<b>Outros</b>		
Bolsa	284	
Contrato verbal informal	192	
Proprietário	206	
<b>Sub - Total</b>		<b>682</b>
<b>Residência</b>		
Residente	2.261	
Sem tipo	528	
<b>Sub - Total</b>		<b>2.789</b>
<b>Vínculo empregatício</b>		
Cargo comissionado	787	
Celetista	37.266	
Contrato por prazo determinado	12.865	
Emprego público	26.839	
Estatutário	32.057	
Sem tipo	2.144	
<b>Sub - Total</b>		<b>111.958</b>
<b>Total Geral</b>		<b>139.142</b>

Fonte: Adaptado a partir do RAG 2015, SES/RS.

Os dados do Quadro 8 indicam a presença de 58.856 trabalhadores estatutários ou emprego público e de 80.246 trabalhadores sem contratação como emprego público. No Rio Grande do Sul envolvendo municípios, estado e União, o SUS conta com 42,32% de servidores públicos e 57,68 trabalhadores com diversos tipos de vínculo ou mesmo sem vínculo formal. A condição do trabalho anunciada nos tipos de contratação é precária, fragmentada, sem estabilidade, sem garantias, sem acesso aos direitos trabalhistas, sem controle sobre a jornada de trabalho, a carga horária e a escala de trabalho.

De acordo com o IBGE (2015, p. 18), no Brasil de 1999 a 2014, há uma acentuada predominância dos estatutários no serviço público municipal em relação às demais categorias (celetistas, comissionados, estagiários e sem vínculo empregatício). No entanto, em 1999, os estatutários que correspondiam a 65,4% do total dos servidores, representam 61,1% em 2014. Por outro lado, aumentou o pessoal sem vínculo empregatício, que passa de 13,4% para 18,7% entre 1999 e 2014. Em menor proporção aumentou o pessoal comissionado, que passou de 7,7%, em 2004 para 8,4% em 2014, indicando a tendência a um processo de terceirização na contratação do trabalho (IBGE, 2015, p. 18).

Em relação ao quantitativo de profissionais do SUS ligados à esfera Estadual, que com exceção de quatro serviços - Sanatório Partenon, Colônia Itapuã, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e Hospital Psiquiátrico São Pedro - não mais realiza atividades de assistência à saúde, considerando 31 de dezembro de 2015 como data de referência temos:

**Quadro 9 - Profissionais SUS vinculados a esfera Estadual - 2015**

Intermediados por Empresa privada	478
<b>Total</b>	<b>478</b>
Consultorias	14
<b>Total</b>	<b>14</b>
Estagiários	517
<b>Total</b>	<b>517</b>
Residências	146
<b>Total</b>	<b>146</b>
<b>Vínculo Empregatício SES</b>	
Cargo comissionado	145
Celetista	60
Contrato por prazo determinado	93
Estatutário	3748
Adidos (de outros órgãos)	403
Cedidos (a outros órgãos)	374
<b>Total</b>	<b>4823</b>
<b>Vínculo Empregatício FEPPS<sup>147</sup></b>	
Cargo comissionado	53
Contrato emergencial	45
Efetivos SES (na FEPPS)	313
Adidos (de outros órgãos)	15
<b>Total</b>	<b>426</b>
<b>Total Geral</b>	<b>6.404</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados SARGSUS RAG 2015, SES/RS.

Pelo Quadro 9, em 2015 havia 6.404 trabalhadores vinculados à esfera estadual, sendo que os estatutários/efetivos representam 63,41%, os adidos e cedidos 12,37%, os celetistas 0,94% e os demais representam 23,28% do total. Assim, a maioria absoluta dos trabalhadores da saúde ligados à esfera estadual, mantém vínculo público diferentemente do que ocorre nos municípios. Não devemos esquecer olhando estes dados que a atividade de assistência à saúde passou para os municípios, exceção feita aos quadro serviços acima referidos.

A Pesquisa realizada pelo IBGE (2015) aponta que em 2012, o Brasil com uma população de 193,9 milhões de habitantes contava com 3,2 milhões de

<sup>147</sup> FEPPS - Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde.



servidores estaduais. O número dos servidores manteve-se constante, para um crescimento de 4,6% da população no período de 2012 a 2014. Desta forma, a proporção de servidores estaduais em 2012 decresceu de 1,6% para 1,5% (IBGE, 2015, p. 21). Entre 2012 e 2014 houve, nos estados, um decréscimo de cerca de 137.268 estatutários estaduais (-5,9%). Por outro lado, ocorreu um aumento da ordem de 151.553 servidores sem vínculo (ou seja, não concursados e não permanentes), que passaram de cerca de 418.850 para 570.403, no mesmo período, correspondendo a um crescimento de 36,2% (IBGE, 2015, p. 24). A conclusão do IBGE (2015) é de que o montante de 6,5 milhões de servidores públicos municipais que se juntam aos 3,2 milhões de servidores públicos estaduais, apurados em 2014 manteve-se estável se comparado aos anos anteriores, o que pode estar associado com as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº. 101, de 04.05.2000) (IBGE, 2015, p. 25).

Olhando o quadro de profissionais do SUS no Estado há que ter presente o processo de consolidação do modelo de Estado que se desenvolve ao longo dos anos de 1990 no país, atendendo aos preceitos neoliberais (BRASIL, 2011). Um processo de reforma administrativa institucionalizado pela Emenda Constitucional nº 19 de 1998 (BRASIL, 1998). Disso resulta, por um lado a Lei n. 8.112/1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais e por outro lado, a Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993) que rege a administração pública no que se refere à contratação de serviços. Nesse sentido, observa-se que ao longo dos anos,

(...) as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) etc (BRASIL, 2011, p. 16).

Para uma melhor compreensão dos diferentes formas de contratação pelos gestores do SUS apresento o Quadro 10, organizado a partir de “A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” (2011).

## Quadro 10 - Formas de contratação pelos gestores do SUS

### a) Formas Diretas de contratação

- **Servidor estatutário:** mantém vínculo de trabalho com a administração do estado, cujo ingresso é feito através de concurso público. Tem remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas em estatuto, que constitui um conjunto de normas legais a que a pessoa adere no momento de sua entrada para o serviço público;
- **Servidor celetista:** empregado público; ocupa empregos públicos, subordinados às normas da CLT. São contratados por prazo indeterminado para exercício de funções na administração direta, autárquica e fundacional. Não têm estatuto próprio, sendo regulados por lei específica. O celetista observa uma relação contratual, embora sua liberdade de negociação de preços e condições de trabalho seja mais rígida ou determinada por dispositivos legais e normas gerais diferentes das que acontecem na administração privada.
- **Regime especial/Contratos temporários:** servidores contratados por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, na conformidade da lei. Nesta modalidade os servidores são regidos pela CLT e o Regime Geral da Previdência Social.
- **Regime especial/Cargos comissionados:** ocupantes de cargos comissionados que não são servidores efetivos, ou seja, os que são livremente nomeados pelas autoridades para exercício desses cargos.

### b) Formas Indiretas de contratação

#### • Terceirização

a. intermediação de mão de obra/força de trabalho terceirizada, administrada por um agente externo, enquanto o comando do processo de trabalho continua na alçada do contratante na rede própria do SUS.

b. terceirização de serviços, podendo envolver um contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, que se encontra inteiramente sob comando do contratado, o qual executa um conjunto de serviços especificados pelo contratante em unidades assistenciais “cedidas” pelo contratante;

#### • Cooperativas:

a. as que são apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde.

b. as cooperativas que são gerenciadoras, ou seja, que não só fornecem força de trabalho, mas assumem a gestão de uma ou mais unidades de saúde da rede do SUS.

• **Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais (OS):** se inserem no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estão fora da administração pública como pessoas jurídicas de direito privado. São entes públicos não estatais criados para absorver atividades estatais publicizáveis, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica, no desenvolvimento tecnológico, na cultura, na saúde, entre outros. Os requisitos para qualificação e os campos de atuação são variáveis de acordo com a lei estadual ou municipal que a regulamenta. A habilitação da entidade é necessária para que seja instituído o contrato de gestão com o Executivo, sendo, por meio deste instrumento, fixados critérios e objetivos de produção de serviços;

• **Contratos de gestão com Organizações Civas de Interesse Público (OSCIP):** voltada para atividades de interesse público, sendo essa condição devidamente reconhecida pelo Ministério da Justiça, a partir do que se credencia a celebrar termos de parceria com o Poder Executivo da União, dos estados e dos municípios. A lei estabelece que um dos objetivos de interesse público que a organização pode cumprir é a promoção gratuita da saúde. A OSCIP é uma organização da sociedade civil que, no caso de parceria com o poder público, utilizará também recursos públicos para suas finalidades, dividindo, dessa forma, o encargo administrativo e de prestação de contas. As OSCIPS são ONGs, criadas por iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo poder público ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Em contrapartida, podem celebrar com o poder público os chamados termos de parceria, uma alternativa aos convênios para ter maior agilidade e razoabilidade em prestar contas. Essa modalidade abre a possibilidade de maior flexibilidade para a gestão de recursos humanos, tendo em vista que em sua regulamentação está prevista a disponibilização de força de trabalho na execução de programas de interesse público.

• **Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas:** as entidades privadas filantrópicas e as demais que não tenham fins lucrativos são de direito parceiras do SUS, tal como dispõe a artigo 199 da Constituição, no seu parágrafo primeiro: As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Sendo assim, essas entidades privadas podem participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimento a pacientes quanto na terceirização exclusiva de força de trabalho a favor de programas como o ESF. A certificação dessas entidades foi regulamentada pela Lei 12.101/2009, e pelo Decreto 7.237/2010.

Fonte: BRASIL. CONASS. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2011, p. 34 – 37.

A fala do entrevistado mostra os impasses na área pública

**E5:** Veja bem, nós temos agentes comunitários em torno de 82 que são empregos públicos, nós temos alguns enfermeiros que são concursados e temos também alguns médicos que são concursados, quase 80% dos odontólogos também concursados, (...) e outros nós complementamos com a OSCIP (...) isso porque nós não temos condição hoje, porque vai inviabilizar inclusive os indicadores do que nós podemos investir em contratação de pessoal (...) isso também é uma questão da própria burocracia, da legislação que nos emperra.

E a OSCIP aqui (...) ela tem sido uma experiência muito gratificante pra nós na questão financeira. Veja, hoje um servidor custa x, ao longo dos anos, com os triênios, com o que vai acumulando até a sua aposentadoria, custa y. Com a OSCIP ele se torna mais barato para o município.

Então a gente tem que pensar nisso como gestor, pois não podemos engessar de vez a própria administração (...) até porque daqui a pouco vem um programa do governo federal, se faz um concurso público e daqui a outro pouco se extingue esse programa. Aí o município já fica com essa carga, e nós não podemos mais demitir, exonerar esse servidor. Então nós temos que ter essa maleabilidade

para trabalhar com os servidores e isso nos levou a essa OSCIP e tem sido tranquilo, porque ela pode manter durante a nossa gestão essa equipe (...) é um risco que corremos, mas isso nos dá garantia de mais tempo ainda com este profissional.

Essas diferenciações geram dentro dos serviços uma série de impasses, pois convivem trabalhadores que mesmo realizando as mesmas funções, têm salários diferentes, cargas horárias diferentes, garantias diferentes, tratamento diferente, ou seja, direitos sociais e trabalhistas desiguais. A precarização dos contratos de trabalho se alia à precarização do trabalho do servidor concursado, seja pelas condições em que exerce suas funções, seja pela compressão do tempo frente à demanda que se avoluma. Demandas que em muitos casos independem dos serviços ofertados e dos trabalhadores. Muitas vezes são demandas sociais que estão além ou fora do setor saúde.

O limite de gastos se circunscrita na relação entre política de Estado, política de governo e contingenciamento fiscal. Ou seja, a saúde está inscrita na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado e foi materializada como tal na criação do SUS, uma política de Estado. No entanto, ao longo dos anos o SUS vem se consolidando entre avanços e retrocessos a partir de diferentes projetos de governo, que criam suas políticas e aparato jurídico para tanto.

No bojo deste contexto está o trabalhador, que frente ao impeditivo legal do limite de gastos com pessoal tem intensificado o ritmo de trabalho com vistas a atender a demanda da população por cuidados de saúde, muitas vezes sem condições materiais e tendo que “ser resolutivo”<sup>148</sup>.

Além disso, deve constituir junto aos demais trabalhadores e com a população espaços de discussões sobre o processo de trabalho, sobre como resolver as situações que se apresentam. Isso tudo fora das “reuniões de equipe”, quase sempre fora de seu horário de trabalho e sem que isso implique em pagamento de horas extras ou mesmo banco de horas.

Cabe lembrar que efetivar espaços de discussão coletivos dentro do horário de trabalho esbarra na questão de interromper o atendimento, o que por sua vez leva a protestos da população que busca ser atendida em sua necessidade de cuidado.

---

<sup>148</sup> Atender a demanda, resolver as situações que se apresentam; solucionar os problemas.

**E8:** (...) a instituição não libera o profissional para participar de rodas. Tem que pagar as horas ou ter elas descontadas. O gestor não vai liberar (...) não é interesse que falte profissional no serviço, nem que isso seja pra melhorar as praticas no serviço. Não pode fechar senão vão reclamar. E temos que dar conta de tudo mesmo sem gente pra trabalhar.

**E13:** Se não fizer é porque não fazemos nosso trabalho (...) a gente trabalha feito burro de carga. Não tem dinheiro pra concurso, pra contratar mais gente. A lei não permite porque já ultrapassou o percentual pro Rh. Mas pra CC sempre dão um jeito, né.

Estudo desenvolvido no Oeste do Paraná por Murofuse *et al.* (2009), objetivando, entre outras questões, levantamento da situação dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços públicos dos municípios de abrangência da 10ª Região de Saúde do Paraná, aponta que “embora a maioria dos trabalhadores estivesse contratada como servidor público (50,2%), a presença da precariedade do trabalho ficou evidenciada pela existência de contratos temporários (11,7%), outros tipos (7,6%) e vínculos omitidos (5,9%)” (MOROFUSE *et al.*, 2009, p. 317), totalizando 25% que não têm vínculos permanentes.

Referente às despesas com saúde liquidadas de janeiro a dezembro de 2015, entre outras, a SES do RS apresenta os seguintes dados: Atenção Básica – R\$ 172.455.487,46; Assistência Hospitalar e Ambulatorial – R\$ 2.373.009.350,37; Suporte Profilático e Terapêutico – R\$ 181.256.811,10; Vigilância Sanitária – R\$ 3.690.821,94; Vigilância Epidemiológica – R\$ 10.162.464,51 (RIO GRANDE DO SUL, SARGSUS RAG 2015), a aplicação financeira evidencia um predomínio absoluto dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial.

Conforme o Relatório Anual de Gestão do SUS RS (2015), a cobertura populacional<sup>149</sup> estimada de Atenção Básica (AB) do ano de 2015 foi de 72,08%. Esse percentual analisado em relação ao ano de 2014 aponta um acréscimo de 1,23% na cobertura. A Proporção de internações por causas sensíveis à AB<sup>150</sup> neste

<sup>149</sup> O indicador Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, mensura a existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por elas. Dessa forma, e uma aproximação da potencial oferta de ações e serviços (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

<sup>150</sup> O indicador Proporção de internações por causas sensíveis a Atenção Básica (ICSAB) mede a proporção das internações mais sensíveis a atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município. Pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma variedade de agravos e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis a efetividade da atenção básica. Portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado na atenção básica, assim

mesmo ano foi de 27,09%, apresentando uma redução em 2015 de 0,32% quando comparado ao ano 2014 e 0,38% comparado a 2013. O número de pontos do Telessaúde<sup>151</sup> implantados no Estado atingiu em 2015, o acumulado de 1.690 pontos, 230 pontos a mais que em 2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências no Estado, entre 2011 e 2015, cresceu. Porém, levando em conta as 1.132 unidades notificadoras de 2015, houve diminuição em relação ao ano de 2014 onde foram 1.340 as unidades notificadoras (RIO GRANDE DO SUL, 2015, p. 29). Ou seja, indica uma tendência à redução nos registros e não necessariamente na ocorrência de violências. A não notificação de violências, como também da AIDS, está envolta em uma infinidade de questões, que vão desde a cultura local, passando pela ideologia até questões de segurança dos próprios trabalhadores, no caso aqui, os da área da saúde.

Dados parciais<sup>152</sup> apontam 37,02% de cobertura vacinal do calendário básico de vacinação da criança no RS em 2015. O Estado atingiu 73,4%<sup>153</sup> de cura dos novos casos de hanseníase diagnosticados. A proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, foi de 63,7 conforme os dados preliminares de 2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Os serviços de saúde notificaram em 2015 um total de 1.631 casos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Houve um aumento<sup>154</sup> de 38,2% em relação ao ano de 2014. Por outro lado os dados mostram

---

como o desenvolvimento de ações de regulação do acesso as internações hospitalares. A SES RS sinaliza que, eventualmente, as bases de dados municipais e estaduais podem estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir, então, diferenças entre os indicadores disponibilizados no DATASUS e os calculados pelo Estado a partir de suas bases (RIO GRANDE DO SUL, 2015, p. 8-9).

<sup>151</sup> O ponto de Telessaúde esta inserido nos estabelecimentos de saúde, permitindo aos trabalhadores do SUS realizarem teleconsultorias e/ou telediagnostico em saúde.

<sup>152</sup> O gestor estadual especifica que os dados apresentados para o ano de 2015, no RAG RS, são preliminares, fornecidos pelo Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS, pois o banco de dados encerra em 31/03/2016. Portanto, o resultado final deve ser diferente do apresentado (RIO GRANDE DO SUL, 2015, p. 29).

<sup>153</sup> Considerada situação precária, <75%, conforme os parâmetros do Ministério da Saúde. Este indicador avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

<sup>154</sup> De acordo com a SES aumento pode ser atribuído a falta, no Brasil, de penicilina benzatina e penicilina cristalina, que são medicamentos utilizados para o tratamento da sífilis em gestante e sífilis congênita. A aquisição desses medicamentos é de responsabilidade municipal e das instituições hospitalares. Contudo, devido a dificuldade de aquisição destes insumos pelos municípios e em função da sífilis congênita ser um grave problema de saúde pública, a SES iniciou, no ano de 2015, processos de compra destes medicamentos, sendo efetivados, naquele ano a compra de 1.500

que no período de 2010 a 2014, 2.953 (74,5%) das mães das crianças com sífilis congênita, acessaram o sistema de saúde para realizar o pré-natal, sendo que a maioria recebeu o diagnóstico de sífilis durante o 3º trimestre de gestação (38,2%). Aliado a isso, conforme a SES, 442 dos 497 municípios do Estado tem o teste rápido (TR) implantado em sua rede de Atenção Básica, representando uma cobertura de 90%. Nesse sentido, a Secretaria ressalta que a transmissão vertical pode estar relacionada a falhas no diagnóstico e tratamento durante o pré-natal, tanto da gestante quanto do parceiro. (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Entre a detecção por exames implantados e o aumento proporcional da incidência de casos sobressai à necessidade de relativizar este impacto na identificação dos casos ou na presença de tratamento. Esse aumento no número de casos precisa ser analisado levando em consideração a existência de inúmeras variáveis, que vão da implantação da testagem nas unidades de saúde, passando pela existência ou não de medicamento como apontou a SES, ou pela existência de trabalhadores capacitados no trato com os resultados da testagem e diagnóstico, entre outras.

A proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, em 2015, foi de 74,04, apontando um crescimento 1,18 pontos percentuais entre 2014 e 2015. Ocorreram 1.494 óbitos<sup>155</sup> e 147.217 nascidos vivos no ano de 2015, apresentando o Estado um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 10,15. Já em 2014 foram contabilizados 1.522 óbitos e 143.178 nascidos vivos, resultando num CMI de 10,63. Do total de óbitos infantis, 63,13% estão na faixa de peso menor que 2.500g. Em relação às principais causas de óbito por capítulo do Código Internacional de Doenças (CID) 10 foram: algumas afecções originadas no período perinatal (58,23%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (24,77%), causas externas de morbidade<sup>156</sup> e mortalidade: (4,48%), doenças do aparelho respiratório (3,82%) e algumas doenças infecciosas

---

frascos de penicilina benzatina, as quais foram distribuídas para os municípios do Estado que estavam em falta do produto.

<sup>155</sup> Ressalta o gestor estadual que a partir de análises complementares, o número de óbitos neonatais precoces (0 - 6 dias) é de 751 crianças, representando 50,26% dos óbitos infantis, os óbitos neonatais tardios (7 - 27 dias) somam 305, portanto 20,41% e os óbitos infantis tardios ou pós-neonatais (28 até < 1 ano), 438, ou seja, 29,31%.

<sup>156</sup> Morbidade: conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos (PEREIRA, 2009, p. 81); Estatísticas de morbidade: referente ao número de casos de doenças ou de agravos à saúde, de maneira geral (PEREIRA, 2009, p. 81; 564)

parasitárias (2,48%). No ano de 2015, foram notificados 37 casos novos de AIDS em menores de cinco anos<sup>157</sup>, conforme dados preliminares do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Comparando o total de casos de 2014 com o ano de 2015, houve uma redução de 22,9% (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O Rio Grande do Sul é o segundo estado com maior taxa de detecção de Aids no Brasil (38,3/100.000 habitantes), superior ao da região sul (28,7/100.000 hab.) apresentando quase o dobro do coeficiente nacional (19,7/100.000 hab.). A taxa de detecção no período de 2010 a 2014 teve uma pequena queda (de 41,4 para 38,3 por 100.000 habitantes). De 2010 a 2014, a razão do número de casos chegou a 1,3 homens para cada mulher diagnosticada. A faixa etária com maior concentração de número de casos é dos 20 aos 49 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta para ambos os sexos. A principal via de transmissão continua sendo a via sexual em ambos os sexos: 5.365 (86,6%) para homens e 5.502 (94%) para mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 38).

Na Rede de atenção às Urgências e Emergências ampliaram-se os incentivos financeiros no Estado, em 2015, para implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24h. Foram inauguradas três novas UPAs 24 horas de diferentes portes e foram repassados recursos para os municípios realizarem a compra de equipamentos necessários para o funcionamento imediato de outras quatro (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Em relação à atenção à saúde da população negra foi instituído incentivo financeiro estadual específico para a Estratégia de Saúde da Família que atende comunidades quilombolas. Em 2015 eram 108 comunidades quilombolas certificadas, sendo a cobertura de 55%. Com o propósito de fomentar a implementação da Política de Saúde da População Negra nos 497 municípios do Estado, a SES instituiu o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB), objetivando a compreensão do racismo como determinante social em saúde. O incentivo é para ações de qualificação e educação em saúde da população negra do município, prevendo: 10 mil reais para municípios

---

<sup>157</sup> A taxa de detecção da AIDS em menores de 5 anos por 100.000 habitantes, tem sido utilizada como indicador para monitorar a transmissão vertical do HIV. Houve uma redução no coeficiente, passando de 7,4 em 2014 para 5,7/100 mil habitantes em 2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2015).



com até 10 mil habitantes; 15 mil reais para municípios com população entre 11 e 50 mil habitantes; 20 mil reais para municípios com população entre 51 e 99 mil habitantes; 25 mil reais para municípios com mais de 100 mil habitantes. Ao final de 2015, 104 municípios já haviam aderido ao PCRI-AB (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

No tocante à saúde indígena, no final de 2015 já tínhamos 60 municípios habilitados e cofinanciados pelo Estado. As habilitações foram realizadas considerando os aspectos culturais e o número de indígenas nos municípios. O valor do recurso estadual repassado aos municípios totalizou R\$167.000,00 (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O Rio Grande do Sul conta com 34 Equipes de Atenção Básica no Sistema Prisional (EABPs) em funcionamento, todas recebendo incentivo federal e/ou estadual para custeio e manutenção do serviço. As EABPs estão implantadas em 23 municípios totalizando uma cobertura de atendimento de, aproximadamente, 16.864 pessoas presas (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A cobertura de Centros de Atenção Psicossocial no RS em 2015 foi de 1,40 CAPS por 100 mil habitantes, apresentando leve redução<sup>158</sup> em relação a 2014 que foi de 1,46 por 100 mil habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

No ano de 2015, a SES/RS realizou a regulação de 566.299 consultas especializadas, através da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), o que significou um aumento de 83% em relação a 2014 onde a regulação foi de 309.007 consultas. Em relação à compra de leito em hospital privado e autorização de leito extra SUS<sup>159</sup>, os dados de 2015 mostram uma redução nessa ação, com impacto negativo na proporção de internações em UTI sobre o total de solicitações para este tipo de leito (redução de 72,6% para 68,8%, em relação a 2014), porém, sem impacto significativo na proporção de conclusões por óbito, a qual passou de 8,3%, em 2014, para 8,5% em 2015. O Estado apresenta, em relação ao serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU), uma cobertura populacional de 90,34% do total da população do Estado

---

<sup>158</sup> Embora tenha havido redução do indicador, o número absoluto de CAPS manteve-se o mesmo que em 2014 (189 CAPS). Neste sentido, a redução do indicador se deve ao aumento do índice populacional que serviu como base para cálculo (população estimada pelo IBGE 2014), uma vez que o número absoluto de CAPS no Estado não foi alterado (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

<sup>159</sup> Rotina praticada mediante avaliação e autorização dos médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS quando constatada a necessidade imediata do leito de UTI e indisponibilidade do mesmo na rede SUS) (RIO GRANDE DO SUL, 2015),

(Pop IBGE 2014). Conta com 161 bases SAMU, com cobertura de atendimento em 274 municípios (55,13%), do total de 497 municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Foram realizados no Estado, em 2015, 540 transplantes renais, sendo 476 com doador falecido, e ainda sete transplantes de medula óssea por milhão de população (pmp), mantendo taxa de crescimento anual. Todas as modalidades de transplantes são realizadas no Rio Grande do Sul, sendo líder nacional no número de transplantes de órgãos (67 pmp), em transplantes renais (42 pmp) e de pulmão (4,7 pmp) (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Em 2015 houve 43.764 notificações de agravos relacionados ao trabalho, detectados através do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Estado. Os dados destes sistemas somados resultaram em 31.112 notificações de agravos à saúde do trabalhador em 2010 e 49.441 notificações em 2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Mesmo não sendo tão atuais, considero importantes os dados a seguir para que tenhamos uma noção dos agravos relacionados à saúde do trabalhador em nosso Estado. Em 2013 foram notificados 51.022 agravos, sendo que 93,7% foram acidentes de trabalho (AT) e 6,3%, doenças. Quanto ao sexo, 67,3% acometeram trabalhadores do sexo masculino. Na faixa etária de 18 a 29 anos houve maior número de ocorrências, tanto no total de agravos (36,1%), quanto nos acidentes (37,8%). Já entre as doenças, a faixa etária mais acometida foi a de 40 a 49 anos (26%). Mais da metade dos agravos atingiram celetistas (64,3%), seguidos de autônomos (12,2%) e servidores públicos (5,9%). Referente à atividade econômica, os setores mais atingidos foram: indústria de transformação (18,4%), agricultura (11,6%), construção civil (10,6%), saúde (10,1%) e comércio (8,5%) (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 46).

As solicitações administrativas de medicamentos passaram de 139.000 usuários cadastrados em 2014 para 200.771 em 2015, representando um aumento de 44%. As solicitações por via judicial aumentaram de 66.496 (2014) para 67.026 (2015), menor percentual (1%) registrado nos últimos anos (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 117).

Como ações de Educação Permanente foram certificados 4.049 profissionais/alunos em 2015, na temática das redes de atenção a saúde e atenção

básica, nas áreas de planejamento e gestão, controle social, participação e movimentos sociais e, instituição de redes de apoio intersetorial nas regiões de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Essas são características identificadas pontualmente, a partir do Relatório de Gestão Anual do SUS RS 2015 e do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, cuja versão se encontra em apreciação no Conselho Estadual de Saúde. São as fontes mais recentes de informação disponível, que caracteriza, junto com os dados da economia e políticas para o período, condições nas quais estão inseridos os entrevistados.

#### 4.8 O RIO GRANDE DO SUL E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Como já aludimos anteriormente, em 1996 o Ministério da Saúde lançou edital para seleção das instituições que apresentassem projetos para constituição de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, que constituiriam experiência importante para o que viria a ser o Polo de Educação Permanente em Saúde. Os doze (12) primeiros Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, no Brasil, foram constituídos em 1997. A proposta do Polo do Rio Grande do Sul foi aprovada em plenária da Comissão Intergestores Bipartite em 19/02/99, especificando que: o gestor estadual era responsável pela sua coordenação; fosse sediado na Escola de Saúde Pública (ESP) e, que se orientasse pela designação “em Saúde Coletiva”, uma vez que este era o projeto de formação da Escola de Saúde Pública. Com o objetivo de apoiar a implantação e implementação deste Polo foi firmado o Convênio 463/99, entre a União, através do Ministério da Saúde, e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria de Estado da Saúde.

O Polo de Saúde da Família, objeto do convênio 463/99 foi absorvido pela proposição de Polo de Educação em Saúde Coletiva, buscando ampliar e potencializar as conquistas da estratégia de saúde da família, inserido no plano de governo e não como um projeto paralelo às demais ações formativas prioritárias ao

SUS no Rio Grande do Sul. Pela Portaria SES/RS nº 09 de 8 de maio de 2000<sup>160</sup>, foi instituído o Polo de Educação em Saúde Coletiva (PESC) do Rio Grande do Sul, integrado pelos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva<sup>161</sup> das Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS, Instituições de Ensino Superior (18 universidades e 3 centros universitários)<sup>162</sup>, Escolas de educação profissional da área da saúde, Hospitais Universitários ou de Ensino, a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul e o Município de Porto Alegre/Secretaria Municipal de Saúde.

A Portaria 09/2000 assinala, também, que o estreitamento dos vínculos institucionais e gerenciais da Escola de Saúde Pública com as Instituições de Ensino Superior (IES) permitiu propor àquelas participantes do Polo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal da Saúde da Família sua inclusão ao projeto de Polo de Educação em Saúde Coletiva para que se evitasse o paralelismo de ações relativas à formação de trabalhadores de saúde e se otimizasse os recursos federais, estaduais, regionais, municipais, universitários e de serviços, com adesão do maior número possível de unidades acadêmicas, além dos cursos de graduação da saúde, bem como o maior número possível de departamentos

---

<sup>160</sup> Portaria 09/2000. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/boletim/622/v.14,-n.1---1999---2000>>. Acesso em jan 2015.

<sup>161</sup> Os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESCs) foram instituídos pela Portaria nº 39/99 da Secretaria Estadual da Saúde, como estratégia descentralizada da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Por meio deles é atribuído a cada CRS viabilizar articulações regionais com os órgãos formadores, coordenando a educação continuada, a extensão educativa e a ação social direta na Educação em Saúde Coletiva, bem como a aproximação de ações educativas em saúde aos municípios, e consolidação do conceito de educação permanente em saúde coletiva para o SUS.

<sup>162</sup> Pela Portaria 09/2000, Art.3º, em termos de Instituições de Ensino Superior o Polo de Educação em Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul estava composto: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG); Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA); Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ); Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ); Universidade de Passo Fundo (UPF); Universidade Regional Integrada (URI); Universidade de Caxias do Sul (UCS); Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior (UNIVATES); Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC); Universidade da Região da Campanha (URCAMP); Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). Pela Portaria 09/2002, Art. 1º, foram incluídas no Polo de Educação em Saúde Coletiva: Centro Universitário Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale dos Sinos em Novo Hamburgo (FEEVALE); Centro Universitário Franciscano (UNIFRA); Centro Universitário La Salle (UNILASSALE); Faculdades Integradas Instituto Porto Alegre (IPA); Universidade Católica de Pelotas (UCPEL); Universidade Luterana do Brasil (ULBRA); Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS).

universitários e não só os departamentos vinculados à medicina social, saúde pública e saúde comunitária, bem como à integração das escolas profissionais.

O Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, que no Estado tomou o nome de Polo de Educação em Saúde Coletiva, integrou um processo mais amplo. No ano de 2001, o Conselho Estadual de Saúde, pela Resolução nº 23/2001 aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde para o SUS – Formação Solidária, da SES RS, autorizando que a Secretaria firmasse convênios com as IES com cursos na área da saúde e participantes do Polo Estadual de Educação em Saúde Coletiva, bem como com as Associações Profissionais da Área da Saúde para o desenvolvimento de atividades conjuntas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Para tanto, a SES foi autorizada a utilizar recursos financeiros do orçamento de 2001 no valor de R\$ 3.900.000,00 (três milhões e novecentos mil reais).

A mesma Resolução autoriza que a SES firmasse convênios também com entidades sindicais e populares para a realização de atividades conjuntas de capacitação de pessoal para o SUS, incluindo Conselheiros de Saúde, Conselheiros do Orçamento Participativo Estadual e lideranças populares, com o objetivo de fortalecer o Controle Social para o acompanhamento das políticas de saúde. Nesse sentido a Secretaria foi autorizada a utilizar recursos financeiros do orçamento de 2001 no valor de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais).

Mais adiante, a Portaria 07/2002 SES RS institui uma Comissão de Acompanhamento Técnico da Formação Solidária em Saúde<sup>163</sup>, incumbida de

---

<sup>163</sup> No Art. 4 da Portaria 07/2002 SES RS são definidas como competências da Comissão: emitir e/ou aprovar as normas de apresentação dos “Planos de Trabalho” e dos “Relatórios Técnicos” a serem atendidas pelas Instituições de Ensino Superior conveniadas, tomando por base os instrumentos semelhantes em uso pela Escola de Saúde Pública; receber os “Planos de Trabalho” e os “Relatórios Técnicos” por meio de processo protocolado junto à Secretaria Acadêmica da Escola de Saúde Pública, emitindo apreciação consubstanciada em Parecer Descritivo a ser devolvido à Instituições de Ensino Superior Conveniadas por meio da mesma Secretária Acadêmica; propor as adaptações e adequações que tornem cada “Plano de Trabalho” mais ajustado às prioridades identificadas pelos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva ou ao cumprimento do projeto acadêmico da Escola de Saúde Pública; propor o adensamento dos “Relatórios Técnicos” para que reflitam o percurso de parcerias, de reformulação institucional e de colaboração com as esferas descentralizadas do SUS/RS ou com cumprimento do projeto acadêmico da Escola de Saúde Pública; prestar informações consubstanciadas sobre o andamento de processos das Instituições de Ensino Superior por diligência das mesmas, da direção da Escola de Saúde Pública, do Gabinete da SES/RS ou do CES/RS; expedir diligências às Instituições de Ensino Superior para que supram

avaliar e aprovar os “Planos de trabalho” e os “Relatórios técnicos” de Formação e Capacitação e de Pesquisa e Desenvolvimento apresentados pelas IES conveniadas ao projeto de Formação Solidária em Saúde; orientar a aprovação dos referidos planos e relatórios pela evidência de contribuição à implementação ou à divulgação técnico-científica do SUS nos municípios, regiões ou Estado do Rio Grande do Sul.

**E20:** O estado foi pioneiro quando criou. Pioneiro ao implantar a política. Inclusive este conceito de EPS foi mais detalhado, esmiuçado, dentro da ESP. Dali os criadores, quando foram para o Ministério, criaram a política de educação permanente em saúde nacional, aí essa política foi conhecida, disseminada por todo o Brasil. Porém, quem faz a saúde, quem movimenta a saúde é o município. No âmbito do município, a efetivação da saúde, isso que eu chamo de reverberar, tu fala uma coisa aqui e o que essa coisa vai alterar lá adiante. No âmbito dessa alteração, para os municípios de pouco ou quase nada mudou. Ou seja, por mais que o RS tenha sido pioneiro, na divulgação dessa política, o fazer nos municípios pouco, muito pouco efetivou.

Como vemos, um fio tênue liga o Estado do Rio Grande do Sul à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No cenário nacional, o ano de 2003 foi intenso e produtivo para a EPS. De acordo com Ministério da Saúde (2003) houve discussão da proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde, em diferentes espaços e com diversos segmentos envolvidos com a educação na saúde, seja com instituições envolvidas em projetos educativos financiados pelo Ministério, seja em Estados e Municípios visando apresentar a proposta de Política e qualificá-la.

A proposta é aprovada pela Comissão Intersectorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS); é discutida com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e finalmente aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução 335/2003, a estratégia de Pólos ou Rodas de

---

eventuais deficiências de informação nos “Planos de Trabalho” e “Relatos Técnicos” ou prestem informes complementares a critério desta Comissão. No mesmo ano, a Portaria 10/2002, Art. 1º, institui a Comissão de Acompanhamento Técnico da Capacitação de Conselheiros, Capacitação de Lideranças Populares na Gestão de Políticas Públicas de Saúde e Capacitação Profissional para Trabalhadores de Saúde de Baixa Escolaridade, incumbida de avaliar e aprovar os “Planos de Trabalho” e os “Relatórios Técnicos” de Formação e Capacitação, apresentados pelas Entidades dos Movimentos Sociais conveniadas ao Projeto de Educação Popular em Saúde.

Educação Permanente em Saúde como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

Na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foram pactuadas a proposta, bem como a alocação e efetivação de repasses dos recursos Financeiros do Governo Federal para os projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Todo esse processo culmina com a publicação da Portaria GM/MS nº 198/2004<sup>164</sup>, instituindo juridicamente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No Rio Grande do Sul, conforme noticiado pela SES RS<sup>165</sup>, o Departamento de Gestão de Educação na Saúde do Ministério da Saúde apresentou a proposta de trabalho do Ministério para o período de 2003 a 2006, ressaltando o objetivo de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos trabalhadores de saúde, com espaços nos quais haveria a definição de ações prioritárias, além de orientações práticas, estratégias de implementação e responsabilidades. Estava dada a largada para a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde no Estado.

Quando foi instituída a PNEPS, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, a Comissão Intergestores Bipartite RS (CIB/RS)<sup>166</sup> aprova a implantação de sete Polos Macrorregionais, distribuídos pelas macrorregiões de saúde, e do Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde como instâncias institucionais para a implementação da Política no Estado. A sede de cada Polo localizou-se no município sede da respectiva macrorregião.

Os Polos, como instâncias de articulação interinstitucionais se constituíam, pelo menos em tese, em espaço de diálogo de representantes de diferentes segmentos - gestores, instituições formadoras na área da saúde, controle social e representação estudantil -, para o planejamento e desenvolvimento de atividades objetivando a formação de trabalhadores da saúde articuladas às estratégias de implantação do SUS no Estado, na sua área de abrangência. A função destas instâncias, conforme definido na Resolução 67/2004 da CIB RS, era propor,

---

<sup>164</sup> Portaria No 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em dez 2014.

<sup>165</sup> Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1222/?SES-RS\\_e\\_Minist%C3%A9rio\\_da\\_Sa%C3%BAde\\_debatem\\_propostas\\_de\\_forma%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_recursos\\_humanos\\_para\\_o\\_SUS](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1222/?SES-RS_e_Minist%C3%A9rio_da_Sa%C3%BAde_debatem_propostas_de_forma%C3%A7%C3%A3o_de_recursos_humanos_para_o_SUS)>. Acesso em dez 2014.

<sup>166</sup> Resolução 67/2004. Disponível em:

<[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340913272\\_cibr067\\_04.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340913272_cibr067_04.pdf)>. Acesso em dez. 2014

coordenar e aprovar programas de formação, desenvolvimento, pesquisa e educação permanente de recursos humanos na área da saúde, além de sugerir alterações no processo ensino-aprendizagem na área da saúde.

**E20:** (...) eu sentia uma falta das discussões, das coisas reverberarem além do polo. Quando você diz que há necessidade de aprender com o próprio trabalho, que há necessidade de perguntar para os diferentes atores que estão participando do SUS o que é importante para o seu aperfeiçoamento, gestão, suas ferramentas de aprendizagem, você tem essa fala. Mas, ela não reverbera nos demais processos, não reverbera numa coordenadoria, não reverbera numa secretaria estadual da saúde, não reverbera nos municípios.

Nicoletto *et al.* (2009), a partir de pesquisa desenvolvida no Paraná, apontam que nas primeiras aproximações com a EPS, com pouco conhecimento em relação à proposta da política, “os sujeitos relatam que tiveram sentimentos de desconfiança e, até, descrédito em relação ao processo, seguido de resistência diante do novo”. Para os autores “a resistência não está relacionada com a mudança em si, mas com o trabalho que toda mudança desencadeia, o qual consiste em rever-se”. Salientam, que “o novo pode despertar rejeição em sujeitos, uma vez que, presos às teorias, ficam incapazes de aceitar as novidades” (NICOLETTO *et al.*, 2009 p. 211-12).

Discordo dos autores quanto à esta afirmação de que necessariamente tratar-se de resistência ao novo. Pode simplesmente ser a constatação da manipulação existente em muitos destes espaços, nos quais alguns por força do “trânsito” em determinadas esferas, e/ou por “poder” oriundo do lugar de onde falam e, com um discurso sedutor, conseguem levar as questões e discussões do grupo para onde desejam. Não raro se observou (e se observa) ao longo do tempo a permanência de alguns participantes retendo o poder. Nestes espaços tudo que destoe do discurso hegemônico, mesmo onde se pretende lutar contra o hegemônico, é tomado como resistência ao novo.

Cada Polo de Educação Permanente (PEPS) era constituído por uma plenária composta de representantes das Instituições de Ensino Superior com cursos na área da saúde, do gestor estadual e do gestor do município sede do Polo, da Secretaria Estadual de Educação, das escolas técnicas com cursos na área, dos trabalhadores da saúde, dos hospitais de ensino e serviços de saúde, dos movimentos sociais



ligados à gestão das políticas públicas de saúde, dos estudantes e dos prestadores de serviços da área da saúde, como também dos Conselhos Regionais de Saúde. Outras instituições poderiam pedir sua integração aos polos cabendo ao Conselho Gestor (CG) o encaminhamento e a decisão da integração, constituindo um espaço de diálogo de diferentes vozes.

Esse espaço de diálogo de diferentes vozes, com diferentes interesses, na prática mostrava que as vozes não tinham o mesmo “peso” e “valor” muito embora Ceccim afirme “(...) sem nenhum suposto hierárquico entre os entes federados (poderes públicos que dialogam entre governos, sem relação de comando)” (CECCIM, 2005a, p. 976). Um espaço marcado por contradições.

**E2:** (...) no polo não tinha muito espaço, não tinha nenhum de fala. Um município pequeno vinha nas reuniões do polo e era difícil. A questão político partidária interferia demais. A escola era de um partido, o governo do Estado era de outro, o governo municipal era de outro partido, então era muito difícil.

**E15:** Muito difícil. Tudo era muita discussão, disputas, e ficava nisso. Tinha um grupo que mandava e desmandava (...) era uma politicalha.

Uma pesquisa realizada no Paraná também aponta atitudes, nem tanto democráticas, ao refletir sobre os polos de EPS (NICOLLETO *et. al*, 2009).

Os atravessamentos políticos baseados no discurso democrático, sustentados na visibilização e transparência das informações, na abertura formal da palavra e para as proposições, esbarram nas relações de poder. Estas não apenas não são horizontais como se mostram verticalmente hierarquizadas segundo vários critérios. Por exemplo, a representatividade dos partidos políticos no contexto do Estado, o tamanho econômico dos municípios, o reconhecimento e legitimidade pessoal de quem fala. Tudo isso servindo para legitimar o processo formal da democracia e encobrir as relações de força presentes. As legislações foram construídas numa gama variada e complexa de instâncias de participação.

O Conselho Gestor era uma instância representativa do colegiado e constituído de forma paritária. Seus membros deveriam ser indicados pela representação legal das entidades que compunham o colegiado. Era função do Conselho de cada Polo o estabelecimento de estratégias de cooperação

interinstitucionais para a formação de trabalhadores na área da saúde, em consonância com as políticas estadual e nacional do setor.

Para garantir uniformidade de ação no Estado, a estruturação do Conselho Gestor dos PEPS deveria ser acordada em reunião conjunta, coordenada pelo Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde (FEEPS) (RIO GRANDE DO SUL, 2004).

O FEEPS era outra instância institucional para a implementação da PNEPS no Estado, a quem competia:

- a coordenação e a articulação interinstitucional dos sete Pólos Macrorregionais de EPS
- estimular o processo de transformação nas práticas e na educação em saúde, de maneira articulada, congregando as necessidades de formação e desenvolvimento de trabalhadores com a atenção, gestão e controle social do SUS;
- promover a pactuação e a negociação dos projetos de maneira a estabelecer políticas e diretrizes de formação permanente em saúde no Estado
- estabelecer, com base nas políticas e diretrizes pactuadas de formação permanente em saúde, os critérios de validação, acompanhamento e avaliação de projetos, objetivando estabelecer adequações e a constatação de resultados positivos de impacto social;
- encaminhar os projetos para homologação na CIB e aprovação no Conselho Estadual de Saúde;
- encaminhar os projetos ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES);
- acompanhar o processo de validação nacional e a efetiva implementação das ações.

Além disso, era atribuição do Fórum a promoção e a avaliação das ações de formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, desenvolvimento da gestão e do Controle Social do SUS e de incentivo à implantação de Diretrizes Curriculares Nacionais no ensino de graduação para a formação nas profissões de saúde.

À sede e a coordenação do Fórum, a Escola de Saúde Pública (ESP), competia convocar e coordenar as reuniões do mesmo, além de representá-lo perante órgãos externos. O FEEPS era constituído por um representante da ESP; um representante dos estudantes da área da saúde; dois representantes do CES; um representante dos Pólos Macrorregionais; um representante da SES/RS; um representante da ASSEDISA<sup>167</sup>; um representante das Universidades com cursos na área da saúde; um representante dos movimentos sociais ligados à área da saúde. A indicação dos representantes era feita por suas entidades. As deliberações deste Fórum eram feitas pela maioria simples (metade mais um de seus membros) e encaminhadas para homologação na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e deliberação e aprovação no Conselho Estadual de Saúde.

Para o desempenho adequado de todas estas atividades foi prevista a constituição de Comitês Estaduais entre os quais de Atenção Básica e Saúde da Família, Atenção em Vigilância, Saúde Bucal, da Mulher, da Criança, Urgência/Emergência e Saúde do Trabalhador. Esses Comitês tinham por atribuição articular o planejamento e a promoção das ações de capacitação de trabalhadores nas suas respectivas áreas. A composição e a coordenação de cada um dos comitês eram de responsabilidade do Gestor Estadual de saúde e suas ações homologadas pelo FEEPS (RIO GRANDE DO SUL, 2004).

Se por um lado a existência dos Comitês poderia representar uma maior aproximação com as reais necessidades de saúde da população na ótica do Estado, por outro lado permitia um campo de manobra política para atender os interesses de governo ou de seu projeto de sociedade, legitimado por pactuações ditas democráticas e de interesse público.

Em termos de fluxos, o funcionamento era o seguinte: os projetos elaborados pelos Polos Macrorregionais eram encaminhados para pactuação às CIB/Regionais das respectivas áreas de abrangência. As propostas de execução de projetos e

---

<sup>167</sup> O Rio Grande do Sul era o único estado brasileiro onde o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) era designado Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do RS (ASSEDISA/RS), fundada em 20 de junho de 1986. Em 2012, devido a uma alteração estatutária para adequar-se aos demais Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde do Brasil, a sigla ASSEDISA/RS foi substituída por COSEMS/RS. O COSEMS/RS tem por finalidade lutar pela gestão municipal de Saúde, congregando secretários e dirigentes e funcionando como órgão permanente de intercâmbio e troca de experiência. Participa da gestão das políticas públicas em nível estadual e nacional e atua para que a Saúde nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul seja a melhor possível. Disponível em: <<http://www.cosemsrs.org.br/>>. Acesso em fev 2015.

demais solicitações eram depois remetidas ao Fórum Estadual que, após análise e, se fosse o caso, solicitava as devidas reformulações, encaminhava para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e para aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). Cabe destacar que todos os projetos precisavam informar a instituição executora.

Cumpridas todas estas etapas, o projeto era encaminhado ao DEGES - SGTES, onde eram analisados, de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos na legislação, para à sua validação. Aprovados os projetos, os recursos eram transferidos diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. Ou seja, os projetos eram financiados de forma individual pelo Ministério.

A aparência democrática e de oportunidade de participação encobre as relações de força mediatizadas pelo fluxo das influências não apenas em nível local, estadual como também no Federal. Tais influências facilitavam ou obstruíam aprovações ou não, personificando os projetos e consequentes repasses de recursos.

Em termos de recursos, na perspectiva de uma ideia de valores envolvidos, o Quadro 11 apresenta os repasses financeiros - Bloco Gestão do SUS - Componente qualificação da gestão do SUS, a partir dos dados disponíveis no site do Ministério da Saúde e os recursos previstos nas Portarias. O Quadro 12 traz as Resoluções emitidas pela CIB RS que aprovaram projetos de EPS, informando as instituições e os valores.

**Quadro 11 - Repasses financeiros Bloco Gestão do SUS – Componente Qualificação da Gestão do SUS e recursos previstos nas Portarias do Ministério da Saúde para o RS**

Ano	Valor Repasses	Descrição	Valor Previsto	Portaria	Descrição
2004	547.164,98	Apoio à mudança na graduação, pós-graduação na área da saúde.	1.636.004,00	198/2004	1ª distribuição recursos para Polos EPS
	273.582,46	Formação de RH em educação profissional e pós-graduação	4.481.075,00	1829/2004	2ª distribuição recursos para Polos EPS
2005	755.818,65	Apoio à mudança na graduação, pós-graduação na área da saúde.	-	-	-
	1.543.612,30	Formação de RH em educação profissional e pós-graduação	-	-	-
2006	-	Não aparece repasse para o componente qualificação da gestão no SUS.	-	-	-
2007	1.196.530,06	Programa Educação permanente	1.196.567,82	1996/2007	EPS
	1.709.328,68	Programa Educação profissional de nível Técnico	1.709.382,61		EPS Educação Profissional
2008	-	Não aparece repasse específico para educação permanente ou educação profissional no componente qualificação da gestão no SUS.	1.183.405,78	2813/2008	EPS
	-		1.690.579,68		EPS Educação Profissional
2009	1.386.006,82	Educação permanente em saúde	1.208.071,27	2953/2009	EPS
	1.832.400,40	Educação profissional de nível técnico	1.725.816,10		EPS Educação Profissional
2010	1.208.071,27	Educação permanente em saúde	1.030.371,77	4033/2010	EPS Educação Profissional
	1.725.816,10	Educação profissional de nível técnico			
2011	1.030.371,77	Educação permanente em saúde	1.209.451,32	2200/2011	EPS
	-		1.727.787,60		EPS Educação Profissional
2012	1.209.451,32	Educação permanente em saúde	-	-	-
	1.727.787,60	Educação profissional de nível técnico	-	-	-
2013	-	Não aparece repasse específico para educação permanente ou educação profissional no componente qualificação da gestão no SUS.	-	-	-
2014	-	Não aparece repasse específico para educação permanente ou educação profissional no componente qualificação da gestão no SUS.	-	-	-

Fonte: Quadro elaborado a partir dos dados disponíveis no site do Ministério da Saúde - repasses financeiros - Bloco Gestão do SUS - Componente qualificação da gestão do SUS<sup>168</sup>, e Portarias do Ministério da Saúde.

<sup>168</sup> Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6747](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6747)>. Acesso em jan 2015.

**Quadro 12 - Número de Resoluções CIB RS que aprovaram projetos de EPS**

<b>Ano</b>	<b>Nº de Res.</b>	<b>Nº Proj. Aprov.</b>	<b>Instituições Executoras</b>	<b>Valor</b>
2004	04	08	UCPEL; FURG; UNISINOS; ASSEDISA; ULBRA Canoas.	-
2005	07	86	IIEPAD; IHACS; UCP/FURG; UFRGS; EEPS/HCB; Polo Metropolitano; UCS; UNISC; FEMA/HCD/EFA; URI Erechim; Escola de Educação Profissional em Saúde; UFPEL; UFSM; UNICRUZ; ULBRA; Polo Missioneiro; Centro de Educação Profissional UNIVATES; UNIJUÍ; UPF; UNISC/CEPRO; HUSM; APESC; Curso de Odonto e Colégio Técnico Industrial UFSM.	11.453.903,04
2006	03	19	ULBRA; UNISC; Polo Vales; URI; FEMA; HCD; EFA; Escola Técnica de Odonto da UFRGS; UCS; Polo Serra; Polo Missioneiro; Escola Profissional UNIPACS Taquara; ULBRA; FUVATES; Colégio Frei Matias – rede CIPEL Ijuí.	2.554.980,56
2007	-	-	-	-
2008	05	80	UPF; URI Santo Ângelo; NURESC 15ª; Centro de Educação Básica Francisco de Assis – EFA/FIDENE; Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS; UCS; NURESC/CIES 10ª CRS; Associação Educacional Galileu Galilei – SEG; UNIPAMPA; Faculdade Santa Clara; UNICRUZ; Fundação Educacional Machado de Assis. Diminui o número de projetos com definição de instituição executora.	2.372.634,36
2009	06	60	CIES 4ª CRS; UPF-CEUSC; CIES 6ª CRS; UFSM-CESNORS; Educação Básica Francisco de Assis – EFA/FIDENE; CIES 17ª CRS; CIES 1ª CRS; UFPEL e 3ª CRS; DCA – Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa Caminho das Águas; Fundação Meridional – IMED; UNISC; Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS; ULBRA Torres; SMS; Escola de Educação Profissional IODONTUS Magda Maria Garrido Ruschel; UPF; CIES 15ª. Diminui o número de projetos com definição de instituição executora	1.641.836,76
2010	09	55	Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS; CIES 6ª CRS; SMS; ETSUS RS; ESP; UNISINOS; Centro Universitário Franciscano; UNISC; UNIPAMPA; CIES/NURESC 3ª CRS; CIES/NURESC 6ª CRS; CIES 10ª CRS; CEVS. Diminui o número de projetos com definição de instituição executora	3.294.146,63
2011	06	26	UNIVATES; Centro de Educação Básica Francisco de Assis – EFA/FIDENE; CIES 1ª CRS. Diminui o número de projetos com definição de instituição executora	1.012.078,78
2012	05	12	CAIFCOM/ABRATECOM; URI Santiago; CEUSC/UPF; NURESC/CIES 10ª CRS; SMS. Diminui o número de projetos com definição de instituição executora	728.729,35
2013	07	33	ESP/Rede Unida; CIES RS; NURESC 2ª CRS; SMS; UPF; Hospital São Vicente de Paula; Hospital de Caridade de PF; Hospital da cidade de PF; NURESC 19ª CRS; CIES 17ª CRS. Diminui o número de projetos com definição de instituição executora	1.876.581,27
2014	02	23	ESP; DAS.	1.219.158,00
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>320</b>	-	<b>24.277.467,48</b>

Fonte: Elaborada pela autora a partir das Resoluções da CIB RS.

Nos anos de 2005 e 2006 não houve liberação de recursos para EPS, como podemos observar no Quadro 11, tanto em relação a valor previsto em Portarias quanto em relação a repasses específicos. Essa lacuna pode significar um recuo ou espera estratégica frente às articulações necessárias à instituição do Pacto pela Saúde em 2006, cujo processo teve início em 2004. No quadro 12 verificamos que não há Resoluções da CIB RS aprovando novos projetos no ano de 2007, aguardando as novas regras da PNEPS já em curso. A partir de 2008, começa a diminuir o número de projetos, aprovados na CIB, com definição de instituição executora tendo em vista a Lei de Licitações.

Observa-se que a partir de 2007, aparece uma divisão entre os recursos da Educação Permanente em Saúde e Educação Profissional (em nível técnico). O Pacto pela Saúde já havia sido instituído, os recursos para a PNEPS já estavam atrelados à adesão ao Pacto por Estados e Municípios e o repasse foi efetuado “fundo a fundo”. Stroschein e Zocche (2011) apontam que em nenhuma das experiências analisadas há segregação do financiamento federal da PNEPS entre Educação Profissional de Nível Técnico e Educação Permanente em Saúde. As autoras nos deixam duas reflexões instigantes sobre a EPS: “se a proposta é reunir todos os atores envolvidos, porque separar o financiamento” e “a separação dos recursos possa ser uma estratégia para garantir que os profissionais do nível técnico participem do cenário da educação permanente” (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011, p. 514).

De um lado as pesquisadoras ao analisarem a participação “dos atores” tal como já discutimos no item referente às Políticas Públicas e saúde, realizam análise funcionalista do processo. Por outro, o processo de fragmentação que isola os trabalhadores de nível técnico, dos que tem formação de nível superior, em nome de uma unificação jurídico-formal, excluem da formação os primeiros.

No entanto, a existência de um texto legal por si só não garante a concretização de uma proposta desafiadora nem um trabalho coletivo cotidiano voltado para atender as necessidades humanas. Há uma estrutura toda que necessita ser transformada para a superação dessas questões. É preciso alargar as brechas como espaço de luta. Assim, esse processo não foi tranquilo.

As falas dos entrevistados trazem questões importantes que mostram truncamentos na condução desta Política. Seja revelando que nem todos os segmentos tinham igualdade de voz e vez nas discussões, seja em relação à construção dos projetos.

**E4:** (...) desde que se instituíram os polos havia muitas críticas porque as coisas pareciam não avançavam. Ficava muito no plano da discussão, da disputa, e a sensação de que as coisas não avançavam.

**E6:** (...) tinha a questão das universidades grandes que vinham com os projetos todos prontos, então não sentia que era educação permanente. Eram projetos altamente específicos que não chegavam para os trabalhadores, não chegava ao que os trabalhadores realmente queriam.

Corroboram com as fala dos entrevistados, os achados de Nicoletto *et al.* (2009, p. 212-13) ao apontarem que muitos participantes, por não apreenderem os objetivos da EPS, fizeram com que “os polos espaço operacional da política fossem, inicialmente, compreendidos como estruturas burocráticas criadas pelo governo para a transferência de recursos financeiros”. Essa forma de entendimento “levou instituições a se envolverem nos polos motivadas pela intenção de atender a seus interesses imediatos”, movidas “pela expectativa de que este espaço permitiria viabilizar recursos financeiros para seus projetos”.

Podemos inferir que além de interesses de recursos para projetos das universidades, há também interesses em ampliar o raio de poder de influência, muitas, personalistas. Houve também interesse em construções coletivas de projetos voltados às necessidades detectadas por trabalhadores.

Ferraz *et al* (2013) referindo-se aos municípios apontam, que

(...) frente a limitada participação dos municípios na identificação de necessidades e na construção de estratégias para a EPS, outros sujeitos adquiriram protagonismo – o que gerou desconforto, pois muitas vezes os projetos apresentados aos Polos não eram estruturados a partir das necessidades locais dos serviços/comunidades, mas sim eram aprovadas propostas pré-elaboradas nas Instituições de Ensino Superior (IES) sem a articulação necessária junto às realidades locais (FERRAZ *et al*, 2013, p. 1686).

Todo o trâmite que os projetos percorriam até chegar ao Ministério da Saúde para execução financeira levava um tempo considerável. Como os projetos eram



financiados de forma individual pelo Ministério, havia o risco do encaminhamento de um número de projetos maior do que o teto de recursos estipulado para o Estado e, nesse caso, parte deles não era financiada. Isso nos leva a inferir que havia problemas na articulação e organização desse processo, levando a não execução de muitos dos projetos. Além disso, o uso dos recursos ou a forma como eram usados também apresentaram problemas.

**E 20:** Os polos traziam a diversidade, faziam aquela discussão toda. Depois deu um problema, o TCU considerou ilegal o processo de escolha dos cursos, para efetivação dos cursos. O TCU começou a apontar como ilegal a forma de escolha; dizia que por força da lei os polos não poderiam definir quais eram os melhores cursos no âmbito da EPS. Os Polos deviam se submeter à Lei 8666<sup>169</sup> (...) se submetendo a Lei 8666 houve problemas do tipo: a concorrência, aquelas que não tinham perfil tão bom, ganhavam, e isso fez com que nós começássemos a melhorar também, nosso sistema de definir que tipo de cursos nós queremos, que tipo de curso, que tipo de professores, fazer um levantamento desses cursos, que também não implicasse num curso vicioso para apontar um vencedor, mas que pudesse dar bastante transparência. Mas, critérios que fossem adequados mesmo.

A Lei de responsabilidade fiscal, a ação do Tribunal de Contas cobrando a implementação efetiva da Lei, influenciava na concorrência de quem oferta o curso, não importando qual curso, mas também impacta no tipo de curso que seria oferecido. Ou seja, o que é feito com esse ganho: tipo de professores, se o curso está articulado com as necessidades dos municípios, como seria feito. Implicação da ação do TCU sobre o processo de concorrência e impacto da concorrência nos participantes do Polo para ver como e o que seria feito.

Pelo Pacto pela Saúde de 2006, para qualificar o processo de regionalização, a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, foram constituídos nos Estados Colegiados de Gestão Regional, espaços permanentes de pactuação e cogestão, formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que compunha a região e por representantes do gestor estadual. Um espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2006).

---

<sup>169</sup> A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Como o Estado do Rio Grande do Sul já possuía 19 CIB/Regionais constituídas por representação, a CIB/RS emitiu a Resolução 045/2007, alterando a denominação de CIB/Regional para Colegiado de Gestão Regional (COGERE), composto por representantes da Coordenadoria Regional de Saúde e pela totalidade dos municípios de sua área de abrangência.

Mudanças no regramento da Saúde, em geral, implicavam alterações no regramento da educação permanente em saúde, em específico. Assim, a Portaria GM/MS nº 1996 de agosto de 2007, definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

A CIB/RS emitiu, então, a Resolução 143/07, definindo que a condução estadual da PNEPS seria feita pela CIB/RS, por meio dos COGEREs, com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Inicialmente foram criadas no Estado, catorze (14) CIES, distribuídas pelas Macrorregiões de Saúde, da seguinte forma: uma CIES na macro Metropolitana, uma CIES na macro Serrana e uma CIES na macro Sul; duas CIES na macro Centro-Oeste e duas na macro Norte; três CIES na macro Vales e quatro CIES na macro Missioneira.

A Escola de Saúde Pública/RS (ESP) ainda no primeiro semestre de 2007 reuniu diferentes segmentos envolvidos com a EPS, objetivando uma mobilização para a retomada da Política no Estado. Com a publicação da Portaria GM/MS nº1996/07, uma CIES interina reuniu-se para encaminhar a construção das CIES regionais e estadual. Em abril de 2008, modifica-se a quantidade de CIES no Estado ficando estabelecidas<sup>170</sup> dezenove (19) CIES regionais, obedecendo à distribuição das CRS e COGERES no Rio Grande do Sul, conforme mapa no item 4.7 da tese.

Neste novo momento a estruturação dos COGERES e das CIES, são fatores de suma importância para o sucesso da PNEPS envolvendo, “a descentralização da política de saúde com ações de fortalecimento dessa política via qualificação dos trabalhadores da saúde”. E, “configurando o papel articulador dos Estados na conformação e capacidades dos CGRs e dos CIES” (VIANA *et al.*, 2010, p. 9).

No entanto, essa condução torna-se difícil frente a questões que interferem diretamente não somente nos recursos para o atendimento das demandas de saúde

---

<sup>170</sup> Resolução 078 da CIB/RS altera a Resolução nº 143/07

da população, como também no atendimento em si (assistência) a esta população como podemos ver nas falas a seguir:

**E9:** (...) com certeza que a questão da educação na saúde é um tema relevante, mas o verdadeiro objetivo é atender as pessoas (...) o Ministério, a Secretaria de Estado, eles deveriam também pensar mais.

**E1:** (...) tudo bem uma capacitação, uns cursos para melhorar a forma do servidor trabalhar. Só que não dá pra tirar servidor do serviço, pois tem muita gente pra atender. Ai eles reclamam que não tem gente pra atender. E também não dá pra fechar o serviço.

**E4:** (...) as deliberações do COGERE acho que são muito rápidas, sem muita qualificação e discussão. A gente consegue que os profissionais sejam liberados, mas muitas vezes não é o que acontece na prática. Na hora H, quando se conta, quando se convida os profissionais pra virem sempre tem aquela reclamação: bá, é mais curso, tem que liberar de novo o funcionário.

Aparece a contradição que está presente no espaço de trabalho, entre usar o tempo de trabalho em atividades formativas e tirar este tempo da atividade de assistência. Ao invés de ser uma integração docente-assistencial, como previam as legislações do início da década de 1990, é considerada uma atividade que tira o tempo da assistência, o que significa que a população fica desassistida e há uma intensificação do ritmo de trabalho de quem permanece em contato direto com o público.

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS e que substituíram os Polos Macrorregionais de Educação Permanente.

**E20:** (...) a CIES até ampliou o número de trabalhadores, das pessoas que iam participar, mas ainda, não percebia reverberar no processo de trabalho. A CIES fez cursos em alguns lugares, fez capacitações, mas não eram capacitações que pudessem mostrar mudanças no processo de trabalho, ou seja, eram eventuais capacitações, mas não eram processos que poderiam viabilizar, mostrar que houve qualidade no atendimento. (...) se tinha muita discussão para aprovação de projetos, mas nesses projetos se visualizava meramente um processo de educação continuada (...) a CIES tava implantando a política, fazendo as articulações (...). Mas, me dá a impressão que aquilo que a gente, ao defender a política e a EPS, aquilo que falávamos da distância da universidade em relação

ao serviço, acabamos fazendo também, nesse lugar. Como pelo simples fato de existir a política ela fosse realmente concreta no dia a dia dos trabalhadores. Acabamos ficando no mesmo lugar daquilo que a gente criticava, falando, como se falar bastasse.

Institucionalizar em um território limitado, onde muda a denominação de Polo para CIES, e não se concretiza o anunciado causando a reprodução dos mesmos procedimentos, cursos dissociados, no limite estabelecido onde o Estado capitalista e regulador mantêm os seus papéis.

Cabe salientar que estas Comissões já estavam previstas na Lei 8080/90 que, em seu Art. 14, estabelece:

(...) deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior e profissional, salientando em seu parágrafo único que cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

Ao COGERE cabia instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, definir as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local. Mas, o tempo urge! Tempo na exploração do trabalho X a pressão da demanda, sem ampliação da força de trabalho contratada X diferentes tipos de contrato X diferentes cargas horárias contratadas.

No entanto, a pauta dos COGERES era muitas vezes ocupada por questões consideradas mais urgentes e que precisavam de resposta imediata.

**E5** – (...) eu enxergo que é um tema relevante, mas nós temos algumas ações que se colocam na questão de cuidar, de manter índices, mas na questão educação específica, nós não dialogamos, não foi tema de discussão nas reuniões que eu participei do COGERE.

**E1:** Nas ultimas reuniões do COGERE, a CIR, nós não temos trabalhado muito sobre EP. Eu não sei onde está a dificuldade, eu não sei se ela fica na questão de contratação ou de montagem dos cursos de educação, nos fluxos, em definir estrutura do curso.

**E19:** (...) a CIES fazia e levava o projeto, participava das reuniões do COGERE. Mas essas reuniões tem pauta extensa não tinha muito tempo pra tá discutindo essas coisas. Se fazia então, pois se tinha ideia de qual era a demanda dos municípios. É, tinha questão do

tempo, não tinha muito tempo para discutir coisas da educação na reunião.

As falas dos entrevistados sinalizam que ações de assistência e índices que devem ser atingidos/alterados ocupam um lugar privilegiado nas discussões do Colegiado, pois estes são os itens/metasp que revelam as prioridades nas distribuições das verbas/fundos, em detrimento do debate sobre educação.

Mas não só isso. Precisam dar conta de problemas como leitos, cirurgias, falta de profissionais, medicamentos, um sem número de questões que atingem a população e as possibilidades concretas frente a isso. Os secretários municipais de saúde, diferente do governador ou presidente, têm cotidianamente, na maioria dos municípios gaúchos, o contato direto com o morador de sua cidade. Seja no supermercado, na rua ou mesmo batendo a sua porta em busca de solução para situações mais extremas. As pessoas não são anônimas, como nos grandes municípios, que no caso do RS representam pequena parcela do total de municípios. Frente a esse quadro, as necessidades de EPS aparecem como complementares às necessidades concretas da área da saúde. Por outro lado, qualificar os trabalhadores pode representar passar a eles a solução de muitas situações, sem o devido retorno em condições de trabalho.

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, que na nova configuração participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de EPS, cuja implementação vai ganhando outros contornos redimensionam a possibilidade de participação, a relação de forças e estratégias de luta. Os enfrentamentos derivados das relações de poder acabam exigindo a criação de estratégias para a efetivação de processos, mesmo que isso implique, momentaneamente, recuar.

**E2:** (...) com as CIES a gente começou a sentir que realmente tinha uma possibilidade de participação (...) tanto que tem CIES que quem ficou na coordenação foi um município. A gente sentiu importância de estar colocando as coisas e fazendo toda essa articulação, mesmo que tivesse quem dizia que a gestão é quem manda, não era assim aqui. A gente participava em grau de igualdade, todos os segmentos, um trabalho realmente compartilhado. Nos sentimos muito melhor com as CIES. As universidades que eram antes quem mandavam, não mandavam mais.

**E15:** A CIES vai sempre muito bem embasada com as suas representações. Foi aprovado um projeto bastante audacioso, houve muita discussão. Por que aí, cada um vai ter direito a voz, no sentido de estar qualificando e mostrando o porquê daqueles projetos, porque daquelas ideias, pra argumentar.

Estes dois entrevistados pontuam a relevância da participação horizontalizada, da articulação entre as diversas instâncias, de certo grau de igualdade que assegura o direito de voz mesmo para trabalhadores que não exercem a atividade de gestor. De outro lado, as CIES, diferentemente dos Polos deslocam o centro do debate das Universidades para as demais instâncias nela representadas. Projetos ditos “audaciosos” passam a ser debatidos, argumentados e há uma apropriação de parte dos trabalhadores na defesa de suas construções coletivas frente às tradicionais imposições do conhecimento acadêmico para a sociedade.

Além do gestor estadual e gestores municipais de saúde, a composição das CIES inclui, de acordo com a especificidade de cada região, gestor estadual e gestores municipais de educação e/ou seus representantes, gerentes de serviços de saúde, trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

No entanto, a participação de cada um destes segmentos não acontece da mesma forma, como é possível observar nas falas a seguir:

**E2:** (...) o gestor, não o estadual que nunca participou exatamente, tinha alguém do estado, mas porque tava ali (...) os municípios participavam. Controle social tinha uma pessoa que sempre participou, mas não se conseguia agregar muito outras pessoas do controle social.

**E3:** os secretários, eles participam, eles vão às reuniões, e pronto. Pra tu teres uma ideia, nós não temos nenhum representante dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde muito menos na EPS. Porque nosso conselho não é paritário, além disso, já faz mais de anos que foi criado e não temos plano municipal de saúde, não temos nada, então é assim, ao léu.

**E4:** (...) há dificuldade em relação à participação dos estudantes. Quem participa é na maioria das vezes quem tá se formando e aí, se

forma e sai e aí tem que se começar tudo de novo. É um tempo muito limitado que eles participam.

Novamente observamos que tendo em vista a imensa demanda nos serviços de saúde, o trabalhador fica alijado de estar presente nos espaços e discussões de construção de sua formação.

A participação do chamado controle social, e também de estudantes oriundos das universidades (graduação, pós-graduação, extensão) e Residências (Hospitais, Escola de Saúde Pública, Hospitais Universitários, Fundações) enfrenta os limites quantitativos, de representantes por município, assim como os trabalhadores que estão na assistência e os limites relativos ao tempo de permanência, pois estudantes são passageiros pelos espaços de representação. Com eles há um processo de permanente recomeço.

A representação não é paritária, entre as categorias dos trabalhadores da saúde, entre os segmentos que compõem a CIES, na proporção de representação dos municípios, ou instituição de ensino superior. O poder de decisão dos representantes partícipes das CIES nãoa corresponde necessariamente ao poder do representado.

A ausência de plano municipal de saúde anunciada pelo entrevistado E3 não se restringe a um único município, e embora o Plano de Saúde seja um instrumento central de planejamento da política pública, ele inexistente em aproximadamente 5% dos municípios. Dados da SES (2016) apontam que dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, 453 possuem Planos Municipais de Saúde vigentes, 27 informam não possuir plano vigente, e 17 municípios não informaram sobre a existência de Plano Municipal de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Não somente isso,

**E20:** (...) os cursos que foram desenvolvidos não atingiam o objetivo de; acabaram não atingindo o objetivo de melhorar o processo de trabalho na ponta. O que eu percebi que deu um gás muito grande para Política de EPS é quando foi implantado o PMAQ<sup>171</sup>. Quando foi

---

<sup>171</sup> O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o respectivo incentivo financeiro - Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) - foram instituídos pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Em 2015 o PMAQ-AB iniciou seu terceiro ciclo. Conforme o MS o Programa objetiva incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, bem como eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Disponível em:

implantado o PMAQ foi a primeira vez que, em massa, nos municípios nos perguntávamos: que raios é isso de EPS que está no PMAQ? Foi lançado em 2011. Em 2012 foi implantado e, na segunda adesão, em 2013, explodiu. Quando foi apresentado no final de 2011, muitos municípios aderiram; aí nos seus encontros, nas suas circuladas, os municípios que não tinham aderido ao PMAQ viram que tinham os colegas que estavam mobilizados com o PMAQ; começaram a ver que alguns estavam ganhando recursos com isso e foi aquela enxurrada de municípios querendo aderir ao PMAQ. E hoje, cada semana tem município perguntando pela abertura do PMAQ. E o PMAQ foi indutor para o gestor ler o conceito de EPS, para os profissionais da AB ler o que é EPS, pra começarem a fazer reuniões de equipe, e fazer reuniões de equipe de forma a continuar com o trabalho de acolhimento aos usuários; o conceito de acolhimento nunca foi debatido no SUS como agora. O PMAQ foi uma política que deu muito gás a EPS.

Atas, metas a serem atingidas para avaliação e equipes passam a cumprir exigências a fim de obter mais recursos. O registro comprobatório assegura a verba e não necessariamente correspondem à efetividade das ações de EPS.

A ausência de planos municipais de saúde, o estudo e a compreensão de EPS e, inclusive, a compreensão de práticas preconizadas no SUS, se mostram menores frente às formas de remuneração/recursos para a atenção básica.

Relatório de avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente no país, realizado em 2010 (VIANA, 2010), apontou que no RS as CIES Regionais estavam alinhadas com os COGEREs e com as regiões de saúde tendo recebido recursos para execução da política através da transferência do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual, e que houve ocorrência de recursos não utilizados.

**E20:** (...) na CIES havia toda uma discussão em relação a projetos, houve apresentação de projetos, mas os projetos sempre tinham algum problema. Eram problemas não relativos ao curso, mas à estrutura, à logística, o coffee break. Não havia um questionamento sobre o curso mesmo, se ele ia ser efetivo na mudança do processo de trabalho. Se passava meses e meses nessas discussões. Mas a CIES acabou não tendo aquela implementação de capacitações da EPS. Existe recurso que ainda hoje está com o município para executar, esta lá desde 2009.



Assim, a execução do recurso nem sempre se mostra simples. A descentralização do financiamento da PNEPS, cuja responsabilidade é compartilhada, enfrenta dificuldades agravadas como a concorrência e preços baixos nas ações de educação, mesmo que em detrimento destas mesmas ações. Por exemplo, não foram elaborados, no âmbito do SUS, instrumentos e mecanismos com agilidade necessária para financiamento e contratação de ações e serviços educacionais.

Ferraz *et. al.* afirmam que “toda a máquina pública, que opera bem em âmbito das ações de saúde, ‘emperra’ quando se trata de ações de educação”. Por outro lado, “há necessidade de se criar mecanismos participativos de avaliação e controle para um exercício responsável e autônomo na gestão local”, tendo em vista que “auxiliam a coibir possíveis desvios de conduta, proporcionando uma transparência pública na gestão dos recursos” (FERRAZ *et al.*, 2013, p. 1691). No entanto, tal transparência não se mostra capaz de coibir ou visibilizar as ações que atendem aos interesses dos gestores, em seus diversos níveis, bem como às alianças vigentes. A transparência não é tão transparente, pois é típica de um Estado capitalista de uma democracia formal.

Percebe-se que entre os criadores das políticas públicas e a sua operacionalização é necessária uma explicitação, pois entre o que é posto no papel e a prática, há diferenças. Dentre elas: o dito e o feito pelos trabalhadores; o escrito – produção acadêmica e o materializado – cursos, processo de formação; o acordado em diálogo e o concretizado; o destinado legalmente e os valores repassados; entre o anunciado – política pública - e o executado – no e como coletivos dos Polos às CIES.

## O LABIRINTO E SUAS SAIDAS

De tempo somos.  
Somos seus pés e suas bocas.  
Os pés do tempo caminham em nossos pés.  
Cedo ou tarde, já sabemos,  
os ventos do tempo apagarão as pegadas.  
Travessia do nada, passos de ninguém?  
As bocas do tempo contam a viagem.  
Eduardo Galeano

É chegado o momento de fazer uma parada, buscando uma síntese, mesmo que provisória, desse processo. Processo que se desenvolveu em meio a um movimento de balança constante à caixa de Pandora<sup>172</sup>. Essa caminhada permitiu o inventário não só do objeto de pesquisa, mas também o meu próprio inventário, num movimento do individual ao coletivo e do coletivo ao individual. É do mundo do trabalho, do fazer de trabalhadora da saúde e da educação que nascem minhas questões, dando origem à pesquisa e aos resultados da mesma.

Assim, rever essa história, reconhecendo as marcas que esse processo nos foi deixando, é possibilidade de ressignificar o fazer e os modelos recebidos. Modelos que, na injunção dos interesses do grupo dominante ou frações dele, podem nos jogar numa torrente de terror, fazendo-nos ver aquilo que, embora presente, não era visto. Realizar o inventário de si, como uma forma de elaboração e reelaboração de concepções, é movimento para uma concepção de mundo coesa e coerente. Redimensiona, na prática, aquilo que fundamenta o trabalho e a formação, possibilitando a construção de uma práxis que contribua para a transformação da realidade. Com base nesse inventário, e por viver na carne o Estado que se concretiza mais do que nunca se faz necessário entendê-lo buscando romper com a alienação política.

---

<sup>172</sup> No sentido de que frente ao que ia se descortinando era necessário manter viva a utopia, a esperança, da possibilidade e aposta em um outro projeto de sociedade.

Com o trabalho realizado, procurei atingir os objetivos que propus e responder às questões de pesquisa. Trabalho permeado por movimentos de ir e vir que foram ampliando, a cada nova descoberta, as possibilidades analítico-interpretativas, aprofundando e reorganizando o conhecimento. O que não significa ter esgotado o tema, as questões, ou estar definitivamente acabado. A cada entrevista, a cada leitura, a cada discussão, surgiam novas questões, novos caminhos, que levavam a novas buscas. Nesse sentido, o método – o fio de Ariadne – foi muito importante. Era preciso segurar o fio para não me perder no labirinto, para me orientar diante do que foi se descortinando. Cada entrevista me levava a outra interrogação, que eu articulava com outra leitura, que, por sua vez, me levava a outra leitura, outra busca e assim sucessivamente. É o próprio movimento se fazendo presente, o movimento da pesquisa, a dialética incessante da vida. Assim, as categorias que são fundantes nesse trabalho – historicidade, contradição e totalidade – permeiam o texto.

Procurei imprimir no escrito esse movimento, numa ida e vinda ao contexto, às situações que se apresentavam, buscando puxar os fios que me permitissem entender esse processo de ligação com o mundo em termos do desenvolvimento do capital e suas necessidades. Busquei articular tais descobertas com o Brasil, e o lugar que ocupa na relação internacional, bem como as implicações disso na reentrada da educação permanente, em 2004, em nosso país e, em particular, no estado do Rio Grande do Sul, como Política Nacional na Saúde.

Busquei conhecer o máximo possível aquilo que estudava, suas implicações sobre o trabalho, o trabalhador e suas práticas. Descrevi detalhadamente e ao mesmo tempo imprimi uma reflexão sobre o descrito, ligando, articulando, aquilo que foi compondo esse processo, permeado sistematicamente pelas múltiplas vozes dos trabalhadores. Procurei analisar e interpretar esses movimentos e compreender a realidade na qual estão inseridos os trabalhadores que materializam e operacionalizam as políticas de EPS e as ações em saúde, atingindo os objetivos deste estudo, quais sejam: Objetivo Geral: Conhecer, descrever, interpretar, explicar e compreender as contradições que se manifestam nas relações entre a política nacional de educação permanente em saúde, a realidade dos trabalhadores e suas implicações nas práticas nos serviços de saúde; Objetivos Específicos: Conhecer o sentido de educação permanente para trabalhadores da saúde no Rio Grande do

Sul; analisar as práxis dos trabalhadores na implementação da educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul.

Ratifico a minha tese principal de que a **Educação Permanente em Saúde traz em si uma possibilidade de transformação das práticas e do processo de trabalho nos serviços de saúde, todavia a contradição capital-trabalho abre espaço para a separação entre o econômico, o político e o jurídico, em que o Estado se desresponsabiliza sem prover as condições necessárias para que os trabalhadores possam transformar suas práticas e realizá-las de forma a responder às necessidades de saúde da população.**

A educação permanente está atrelada aos movimentos do processo de acumulação, concentração e centralização do capital, e sua entrada na pauta dos organismos internacionais está vinculada a isso. A partir dos anos de 1960 se faz presente em Conferências e Relatórios Internacionais, tendo na UNESCO uma grande difusora. É proposta como diretriz das políticas educativas a partir de 1970, como princípio fundante da organização global de um sistema e da elaboração de cada uma de suas partes. Ou seja, a educação permanente colocada como expressão de uma relação que envolve todas as formas, expressões e momentos do ato educativo, abrangendo diferentes setores e áreas onde ocorra. A partir dos anos de 1980, a educação permanente foi proposta e disseminada pela OPAS como uma alternativa às práticas educativas na saúde, articulada à necessidade de expansão de cobertura de assistência à saúde e ao desenvolvimento econômico. Vai tomando corpo uma nova proposta de reorientação da formação para os trabalhadores da saúde na América Latina.

Dos anos 1970 ao seu retorno nos anos 1990, coincide o momento em que se revigoram as ideias liberais, na forma ideológica do neoliberalismo. No bojo de uma sociedade vulnerabilizada como a brasileira, a realidade da saúde e, particularmente, a de seus trabalhadores, demonstram como as políticas públicas são organizadoras da sociedade, criando modos de ser no mundo. O desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) deu amplitude ao que não era possível na década de 70 do século XX. A EAD possibilita a formação de uma massa de trabalhadores em todo vasto território nacional, em curto espaço de tempo, difundindo conceitos, unificando conteúdos passíveis de

adequarem-se às especificidades locais, articulados à regionalização e à descentralização da saúde.

O Estado capitalista passa a criar requintados mecanismos de controle e regulação, num novo patamar, em que a Educação Permanente volta, qual Fênix, agora, como política pública de governo. Ou seja, a educação permanente retorna no Brasil, em 2004, como Política Nacional na Saúde, objetivando a formação dos trabalhadores da área, a modificação das práticas e do processo de trabalho e a reorganização dos serviços, apontando a existência de um descompasso entre a concepção de saúde presente nos documentos oficiais e a realidade e um descompasso particular entre a política pública e sua concretização nos espaços de trabalho, conformado pelos interesses presentes e pela relação de forças.

Se por um lado a formação dos trabalhadores da saúde ganha *status* de política específica dentro do SUS, por outro, demarca algo da repetição, pois os desafios para a transformação da formação, do processo de trabalho e das práticas nos serviços de saúde se confrontam, de forma contraditória, com uma sociedade na qual a saúde e a educação como práticas sociais são destituídas do lugar de bem público e passam a ser mais um produto oferecido no mercado. Esse fato produz impacto no processo de trabalho, nas práticas dos trabalhadores e nas respostas às necessidades de saúde da população.

Vivemos numa sociedade regida pelas necessidades do capital, para o qual a saúde da população é necessária, caso contrário, não tem mão de obra, nem exército de reserva disponíveis, não tem condição do trabalho, nem consumidor para o próprio produto. O capital necessita que os trabalhadores tenham saúde e, ainda mais, precisa que essa saúde seja em si igualmente uma mercadoria, um bem de consumo a movimentar o mercado.

Muito há ainda a andar para acertar o passo, olhando o processo histórico como um *quefazer* e um *Que fazer?* e as possíveis caminhadas, pois as instituições de saúde são arena de luta por hegemonia, implicando estratégias para o enfrentamento das contradições e das possibilidades de construções na apropriação possível do dia-a-dia, buscando os sentidos das práticas que transformam este mesmo cotidiano nos espaços da saúde. Construções que tendem a se transformar, na medida em que não há uma forma única de vivenciar e resolver os problemas por

aqueles que trabalham, visto que aí se expressam concepções de mundo e projetos de sociedade.

Entendo como necessário algo mais do que uma apropriação da Educação Permanente em Saúde enquanto discurso estéril. Penso que pelo movimento de efetivação de espaços e tempos de discussões nos locais de trabalho, mas não enquanto lógica organizativa que mantém a fragmentação de especialidades/disciplinas, pode haver transformações nas relações, nos processos de trabalhos e nas práticas pensadas como integradas. É preciso construir e lutar por condições de trabalho orgânicas a num novo projeto de sociedade.

Contradições se manifestam em relação à intersectorialidade, seja na articulação educação e saúde, pelo descompasso entre a formação desenvolvida na área da saúde e as necessidades do SUS; seja no descompasso entre as políticas legitimadas em leis e decretos e a materialização/operacionalização destas. Contradições também se manifestam entre o discurso da interdisciplinaridade na saúde e na educação na saúde e a realidade que mostra a promoção de uma formação funcional sustentada por disciplinas e especialidades ou, ainda, entre a proposta documental da educação permanente no trabalho, pelo trabalho, para o trabalho e a realidade dos trabalhadores nos serviços de saúde, tanto por questões de poder político, como de autonomia, de condições técnicas, materiais, financeiras e humanas.

Os trabalhadores da saúde são executores das ações de saúde e da política. Mas como executar a política sem condições de trabalho? Sem trabalhadores em número suficiente? Sem salários condizentes? Sem valorização do trabalhador? Sem infraestrutura, equipamentos, ambiente física e com a intensificação do ritmo de trabalho?

Paulo Freire, tal como enunciado no capítulo 4, item 3, diz que é próprio à Educação ser permanente, e a adjetivação (educação permanente) busca submetê-la ao capital. Para além da apropriação conceitual, serve aos interesses momentâneos da PNEPS utilizar o conceito de 'aprendizagem significativa' como se fosse oriundo da produção de autores ligados a OPAS, ou como se freiriano fosse. Aprendizagem significativa é um conceito de Ausubel. E Freire, na realidade, utiliza o conceito de 'aprendizagem com sentido' como possibilidade de leitura do mundo.

A ambivalência da política de governo, assim como o desconhecimento da teoria que fundamenta a formação na saúde e que não aparece na formação feita pela disciplinaridade, impede estratégias de transformação das práticas e dos processos de trabalho pelos trabalhadores.

Nestas contradições estão encobertas a possibilidade de construção de hipóteses aproximativas ao tema que se relacionam com educação na saúde e nela, o lugar do Estado. O descompasso existente entre a Política Pública Federal e a realidade dos trabalhadores interessa a quem está no poder, pois descentraliza operativamente com relação aos estados e municípios, mantendo a centralização do estratégico, poder e distribuição financeira. A PNEPS vem como política de governo, fonte de repasse de recursos, 'emulação' e manipulação de práticas e processos de trabalho e controle sobre todas as formas de formação dos trabalhadores da saúde.

Nas relações sociais, as condições de vida frente ao desenvolvimento econômico do Rio Grande do Sul indicam menor concentração de riqueza e maior distribuição. Diferentes índices – IDHM, Gini, Idese – apontam para um crescimento maior da economia proporcional ao encontrado no Brasil, uma tendência à redução da desigualdade no período pesquisado (2004 a 2015).

A organização da saúde vigente tem um processo de regionalização e descentralização do SUS, atendendo em termos de região de saúde uma reestruturação, segundo a orientação nacional. Em relação aos trabalhadores do SUS no RS, persistem diferentes formas de contratação em convivência simultânea para o mesmo tipo de trabalho, mas com condições de trabalho e salários diferenciados, evidenciando a precarização da vida do trabalhador.

Os dados trazidos sobre a saúde da população gaúcha servem para dar um panorama do contexto no qual estão inseridos os trabalhadores e as correspondentes pressões para o exercício de seu trabalho. Apontam a diversidade do perfil epidemiológico do estado, no qual e sobre o qual exercem o trabalho os participantes da pesquisa. E mais, numa sociedade na qual as pessoas não têm acesso a condições dignas de vida e trabalho, de acesso à saúde, ao tratamento de doenças, e tantas outras questões, a implicação com o cuidado traz demandas de tempo e de relações maiores do que uma consulta e contrasta com indicadores e metas a serem cumpridas. Por outro lado, numa sociedade caracterizada pela

imediatividade e pelo estímulo ao consumismo, medicamentos e procedimentos de saúde são mercadorias como tantas outras.

Na esteira da ESP RS é lapidado o conceito de educação permanente em saúde implantado na PNEPS. Nesta política que atravessa de Polos a CIES, os mecanismos de participação e de educação vão da falta de voz e vez (falta de possibilidade de fala e de poder de decisão) à noção de participação como construção coletiva, conforme as entrevistas apontaram. Essa política vai do que foi anunciado e dito (na e sobre a política, das relações nas instâncias que a compunham) – como ausência de hierarquia e ausência de disputa nestes espaços (Polos, CIES...), aparentando uma democracia –, às relações de força mediatizadas pelos fluxos de influências em nível local e nacional.

Os trabalhadores, ao mesmo tempo em que constatarem que a política de EPS acabou sendo apenas mais uma entre tantas, desejam que ela seja possível, mesmo que sobrecarregados pelas demandas, numa constante luta individual e coletiva. Na busca de qualificar o trabalho coletivo e encontrar resolução para situações presentes no cotidiano de trabalho, os trabalhadores investem tempo e recursos próprios, e, simultaneamente, vivenciam a falta de importância e/ou naturalização do investimento realizado. Como orientadora e pesquisadora percebi o desamparo dos trabalhadores em seus ambientes, fossem eles ligados à gestão, assistência, vigilância ou à educação permanente em saúde, frente às situações do cotidiano por eles vivenciadas, desconhecendo as condições e materialidades que bloqueiam estratégias transformadoras na saúde.

As leis, as políticas, não se concretizam apenas por estarem no papel e publicadas. A realidade nos mostra que não é tão simples assim operacionalizá-las. Exemplo disso é a questão da autonomia do usuário. Embora ele tenha direito, pelo menos em princípio, de ser atendido onde e quando necessite esse direito torna-se restrito a partir de sua inscrição a um território. A luta pela criação de um Sistema de Saúde que tivesse por princípio a integralidade e não fosse médico-centrado esbarra na permanência e reforço da hegemonia médica na saúde, realizada pelo próprio Estado, na qual diferencia horários de trabalho, jornada e condições para o exercício da função. Por outro lado, assujeita esse profissional ao mesmo regimento e condições de toda força de trabalho.



Assim como Getúlio Vargas fez com os sindicatos, ao criá-los como parte do Estado Novo, também a PNEPS traz para o interior do Estado, especificamente do Ministério da Saúde, o controle sobre todo e qualquer ato de formação dos trabalhadores da área, contingenciados pelos recursos financeiros e pelas formas de contratação da força de trabalho responsável pela execução. A Lei das licitações estabelece: regras que dizem quem pode ou não participar; as formas para contratação; os prazos (quem, o que, quando e como); e, principalmente, a condicionalidade do custo dissociado de qualquer mecanismo de análise da qualidade oferecida pelo vencedor de uma licitação, no cotidiano da execução.

Há uma elicitación do saber tácito do trabalhador, que é usado para amenizar/resolver situações cujo dever é do Estado. Estado que não faz retornar aos trabalhadores (pelo uso deste saber tácito e resolução de situações) melhores condições de trabalho ou de salário. Assim, se por um lado temos uma produção coletiva do conhecimento, por outro lado vemos a apropriação individual deste conhecimento a serviço da reprodução do capital.

O Estado extrai do trabalhador muito mais do que o seu fazer. Extrai conhecimento que pode trazer resultados positivos aos impasses que eles mesmos vivem e também à saúde da população, mas que serão usados dentro do limite permitido, ou seja, desde que não interfira nos interesses daqueles que detêm o poder e que expropriam os saberes economicamente. Ao mesmo tempo, a elicitación do conhecimento do trabalhador, apropriada pelo Estado, reproduz e extrai o valor excedente do resultado do trabalho e da mercadoria particular, força de trabalho. Reiterando: um Estado capitalista que adota mecanismos reguladores, um Estado que tem lado e mais ainda, que nas suas práticas materializadas nas políticas públicas, apresenta distorções.

O trabalhador da saúde, e também o trabalhador da educação, produzem uma mercadoria particular que é a força de trabalho. Força de trabalho que continua em condições de trabalhar e produzir. Saúde e educação são formas de produzir e o conteúdo é a força de trabalho. Essa é a produção da mais valia, ou seja, produzimos um bem material, preciso e precioso – força de trabalho – e um bem imaterial – a reprodução da ideologia e/ou da condição de saúde e deixamos de

lado, por exemplo, determinantes da saúde como saneamento, trabalho, lazer, moradia, entre outros.

Mas esse mesmo movimento traz em seu bojo o seu contrário, ou seja, as políticas públicas e as políticas institucionais se implementam na ação coletiva dos grupos envolvidos, gerando enfrentamentos, numa relação de forças que se desvela, como condição necessária de construção de uma outra hegemonia, resultante da luta por ela.

Os trabalhadores revelam a entrega de seu conhecimento tácito, na resolutividade das situações concretas, sobre as quais o Estado se desresponsabiliza pelo processo e o estimula, desonerado de qualquer custo e/ ou retorno ao trabalhador. O Estado, ao aplicar as atuais normas e orientações para a gestão empresarial do público, apropria-se do conhecimento tácito, em nome de sua sistematização, para usá-lo como mecanismo de controle do trabalho e dos trabalhadores.

A desresponsabilização do Estado em relação à saúde pública se manifesta na precarização da condição de trabalho, na privatização e na terceirização. E ainda no empoderamento discursivo das comunidades, ao mesmo tempo em que realiza cooptação por meio do trabalho voluntário, sem o correspondente poder político/econômico/financeiro/técnico.

Manifesta-se a produção de alienação do trabalhador pela limitação entre a desresponsabilização do Estado e o empoderamento da comunidade como local de trabalhadores, trabalho e usuários dos serviços de saúde, que por sua vez leva à resistência ao controle estatal. Por outro lado, quem tem assento permanente nas diferentes instâncias da EPS são os trabalhadores com vínculo e, como em muitos casos não há paridade de representação, quem mantém o controle é quem representa o Estado.

A definição, pela legislação, de que é competência do SUS ordenar a “formação de recursos humanos” na área de saúde, concretiza a organização de um Subsistema ao Sistema Educacional vigente. Um fio tênue, tenso e necessário mantém ligados os dois Ministérios. O que demarca um novo espaço de enfrentamentos. Enfrentamentos que se materializam na questão da Educação Permanente em Saúde. Quando a EPS propõe incidir sobre todos os níveis de

ensino e educação, onde todo e qualquer ato é entendido como tal, estrutura um sistema formativo paralelo às propostas do MEC. Esta ambivalência da política de governo e de Estado promove confusão e/ou polêmica conceitual, assim como fragilidade teórica para a educação dos trabalhadores da saúde e da educação na saúde. E mais, uma confusão conceitual proposital que faz com que os trabalhadores da saúde não transformem suas práticas e que não mude sua formação.

Ao longo do tempo, os trabalhadores foram constatando que a educação permanente e a PNEPS teve impacto quase imperceptível no Estado. Nesse sentido, há uma tendência que pode ser identificada na forma como as políticas públicas são implementadas que podem ser encontradas políticas de diferentes áreas: cria-se a política, mas não se constroem as condições materiais para seu desenvolvimento. Assim, é fundamental manter atenção ao que se encontra latente numa política pública e a quais interesses atende. Isso não é mera contingência, é necessário, especialmente se o desejo é o de transformação e não apenas de adaptação, de reestruturação ou manutenção de *status quo*. Pois, adotar novas formas para fazer o mesmo, atualizando o mito fundador, é impossibilidade de construir alternativas.

Nesse sentido, o quadro de profissionais do SUS no estado do Rio Grande do Sul e as formas de contratação utilizadas pelos gestores mostram, claramente, um processo de consolidação do modelo de Estado capitalista que vem se estruturando, mais visivelmente, a partir do início dos anos de 1990, para atender aos preceitos neoliberais. Um Estado que perde suas características de bem comum. Estado capitalista que adota mecanismos de regulação a serviço da reprodução do capital. Perde a referência interna à população e ao território, passando a ser constrangido pelos padrões internacionais do capital com a construção de novas redes de política de proteção à propriedade privada, coordenada em nível internacional que assegure uma nova forma de mercantilização da natureza, da tecnologia, dos saberes, da saúde e da vida dos trabalhadores/cidadãos.

Diferenciações de contratação que geram dentro dos serviços uma série de impasses, pois convivem trabalhadores que, mesmo realizando as mesmas funções, têm salários diferentes, cargas horárias diferentes, garantias diferentes, tratamento

diferente, ou seja, direitos sociais e trabalhistas desiguais. A precarização dos contratos de trabalho se alia à precarização do trabalho do servidor concursado, seja pelas condições em que exerce suas funções, seja pela compressão do tempo frente à demanda aos serviços de saúde que se avoluma.

A chamada transparência no setor público não se mostra capaz de coibir ou dar visibilidade às ações que atendem aos interesses dos condutores de processos públicos, em seus diversos níveis, bem como às alianças vigentes. O próprio SUS, ao longo dos anos, tem apresentado avanços e retrocessos, a partir de diferentes projetos de governo, que criam suas políticas e aparato jurídico para sustentá-las, embora, pelo menos em tese, o SUS seja uma política de Estado. A transparência não é tão transparente, pois é típica de um Estado capitalista e de uma democracia formal. A falta de respaldo para utilização de recursos leva a questionar se realmente o objetivo era o de que os recursos fossem usados nos projetos de EPS aprovados. O receio dos gestores dos municípios é real. Tendo em vista que a utilização de Portarias, como instrumento legal existente no caso da PNEPS, não tem força de defesa frente ao Tribunal de Contas e à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além disso, vemos os limites da representatividade manifestada nos Conselhos. Muitas vezes os conselheiros não compreendem o que estão assinando. Uma representatividade que aparenta uma democracia. A forma como perversa e sutilmente essa situação foi sendo construída e com a nossa colaboração, pois apostando numa proposta diferente, acabamos não nos dando conta do que estava ocorrendo e colaboramos de uma forma ou de outra. Aqui não se trata de demonizar este ou aquele, mas de entender o “poder da ideologia”. Se por um lado ela é amalgama, como diz Gramsci, por outro é controle e nos exige um constante exercício de dar-se “conta de”. O humano é sociedade, é cultura, ele deseja e necessita estar com os outros, necessita “pertença” e a ideologia faz uso disso. O trabalhador vive uma luta constante entre ver as coisas como realmente são e ao mesmo tempo, não deixar de acreditar que podemos construir um projeto de sociedade diferentes.

Como vimos, no bojo deste contexto o trabalhador, que, frente ao impeditivo legal do limite de gastos com pessoal, tem intensificado o ritmo de trabalho com vistas a atender à demanda da população por cuidados de saúde, muitas vezes sem

condições materiais e tendo que ser resolutivo. Além disso, deve constituir, junto aos demais trabalhadores e com a população, espaços de discussões sobre o processo de trabalho, sobre como resolver as situações que se apresentam. Isso tudo quase sempre fora de seu horário de trabalho, e sem que implique em pagamento de horas extras ou mesmo banco de horas. Efetivar espaços de discussão coletivos dentro do horário de trabalho esbarra na questão de interromper o atendimento, o que, por sua vez, leva a protestos da população que busca ser atendida em sua necessidade de cuidado. Manifesta-se a contradição, presente no espaço de trabalho, entre usar o tempo do trabalho em atividades formativas, com vistas a qualificar o atendimento, e tirar este tempo da atividade de assistência.

É necessário refletir sobre o quanto as influências pessoais, mesmo após deixar um cargo ou função, por meio da atuação de um grupo ativo de pessoas que, aderidas, por concordância ou por interesses, às “mesmas” ideias, dispõem de lugar de influência ou considerável peso. Seja na elaboração, na aprovação ou na orientação de cursos ou em ações destinadas à formação de trabalhadores da saúde de diferentes níveis, materializa uma relação de forças que tende a manter situações frente aos discursos de e sobre mudanças.

Esses movimentos, de influências pessoais e consolidação de grupos de poder são produzidos pela mobilização de vários sujeitos, escolhidos estrategicamente, de diferentes instituições e espaços. São sujeitos que estão, há muito tempo, em diálogo e discussões, com percursos diferentes, na maioria das vezes, profissões diferentes, e outras nem tanto, mas que são úteis aos propósitos daqueles que, nessa rede, detêm a hegemonia.

Num processo que vem sendo construído há muitos anos, vão amalgamando-se concepções de mundo e movimentos direcionados principalmente a adultos jovens, com pouca ou nenhuma experiência no mundo do trabalho, a quem empoderam e que acabam reproduzindo sem crítica ou reflexão mais profunda, um discurso vazio, mas de impacto no cotidiano do trabalho. O desprezo pela análise da totalidade revestido de democrática participação e subjetividade, esconde uma prática totalitária e desubjetivante, pintando com cores atrativas uma terra do nunca, onde Peter Pan reina eternamente sobre os meninos perdidos.

As problemáticas existentes nos serviços, no processo de trabalho, implicam na criação de estratégias, movimento este que enfrenta resistências, tornando necessário identificar os campos de luta e o contexto social em que ações e políticas são produzidas. Assim, apreender com que projeto de sociedade as políticas públicas estão ideologicamente comprometidas, compreender suas relações com esse projeto e sua organicidade com um processo de mudança é condição de por meio do trabalho, os trabalhadores da saúde, na sua relação com outros, se transformarem e transformarem as relações sociais, ou permanecer em manter o que aí está.

Transformação que só vai se constituir, enquanto tal, no momento em que efetivamente mudarem as estruturas, as formas e as relações estabelecidas, visto que uma transformação social tem que ser material, real, concreta. A Educação é necessária para a transformação, mas não suficiente. Por si só, não traz alterações no processo de trabalho, ainda mais frente a um ritmo que se intensifica, numa demanda que aumenta cotidianamente. Há um aumento populacional sem a correspondente ampliação do número de trabalhadores do quadro.

Os trabalhadores de saúde, no Rio Grande do Sul, não vivenciam a educação permanente como possibilidade de transformação de suas práticas, alguns sequer sabem do que se trata. Para os trabalhadores, a educação permanente e a PNEPS, em particular, têm o sentido de mais uma pasta, mais uma política, uma *política mascarada*, mais uma determinação a ser cumprida, como uma condição de precarização do trabalho. Entre o registro, o feito, o recurso recebido e o que efetivamente ocorre há uma distância enorme, e que nem sempre corresponde ao real. Uma retórica que mobiliza muito ativismo e pouca implicação efetiva.

A educação permanente em saúde, como política pública, passa a controlar qualquer proposição e ação formativa, trazendo-as para dentro do Estado, o que implica barrar quaisquer iniciativas ou alternativas autônomas, oriundas dos trabalhadores ou dos usuários dos serviços de saúde. Foi uma política de cima para baixo, com aparência de construção participativa, formulada por um grupo, contando inclusive com apoio de alguns intelectuais das universidades. Ou seja, uma política equivocada já na sua origem se pensarmos em termos de democracia.

Para poder alargar as brechas que apareceram na política, na sua

implementação, no seu truncamento na condução feita seja pelo ministério, pelo governo estadual, seja pelas instâncias de pactuação e decisão, é necessário criar estratégias para avançar nas contradições que apareceram, quer pela voz dos entrevistados, quer pela análise dos documentos. Essas contradições indicam as faces de uma mesma totalidade que se apresenta, nas disputas entre o saber tácito e sua elicitación, entre a educação e a assistência, entre a representação e o poder de decisão do representante, entre as metas propostas e a condição de viabilidade do alcance, entre a descentralização e a democratização, entre a transparência e a intransparência.

A educação permanente em saúde está posta como impossibilidade para a transformação nas práticas, como processo não se esgota sobre si mesma e nem cumpre com o anunciado pelo Estado.

As saídas do labirinto precisam levar em conta que existe uma outra epistemologia da prática que constrói conhecimento no cotidiano do trabalho e que implica em refletir sobre a dimensão do conhecimento e como capacitamos para o trabalho. Que é necessário partir concretamente dos trabalhadores, de sua liberdade de dizer sua palavra, não delegando a um representante esta fala. e ser realmente escutado, Com os trabalhadores sistematizar, avaliar e estabelecer o que fazer e como fazer. Construção de espaços onde realmente se aprofunde, em termos de formação (formação no sentido amplo da palavra) o que está fundamentando determinada política pública. É necessário produção de autonomia, ocupação e garantia de espaços de discussão, encontros, reuniões dentro do horário de trabalho ou, se fora dele, remunerado. Que haja respaldo, para dentro do Estado, para as alternativas encontradas, elaboradas pelos trabalhadores para resolução de situações vividas no trabalho e atendimento às necessidades de saúde da população.

Assim, o contar das bocas do tempo se faz necessário como forma de resistir ao apagamento da história e para não nos deixarmos perder na terra do nunca.

Mohammed Ashraf não vai à escola.  
Desde que sai o sol até que a lua apareça, ele corta,  
recorta, perfura, arma e costura bolas de futebol,  
que saem rodando da aldeia paquistanesa de  
Umar Kot para os estádios do mundo.  
Mohammed tem onze anos. Faz isso desde os cinco.  
Se soubesse ler, e ler em inglês,  
poderia entender a inscrição que ele prega em cada  
uma de suas obras: Esta bola não foi fabricada por crianças.  
Eduardo Galeano



## REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. 1997. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>>.

ALMEIDA, Célia. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (Org) *et. al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ANDRADE, Sérgio. Saiba o que é elicitação. **Blog Estratégia e Mercado**. 2008. Disponível em: <<http://estrategiaemercado.blogspot.com.br/2008/08/saiba-o-que-elicitaio.html>>.

ANTUNES, Ricardo. A Nova Morfologia do Trabalho, suas Principais Metamorfoses e Significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria (Org.). **Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2002.

ANTUNES, Ricardo. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>>.

ANTUNES, Ricardo. Inglaterra e Brasil: duas rotas do social-liberalismo em duas notas. **Currículo sem Fronteiras**, v. 13, n. 2, p. 204-212, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol13iss2articles/antunes.pdf>>.

ARAUJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudia Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade. In: **Revista Baiana de saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p. 20-31, jun. 2007. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1421/1057>>.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Plataforma online. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>>.

AUSUBEL, David P. **Aquisição e retenção de conhecimentos**: Uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano, 2000. Disponível em: <[http://www.uel.br/pos/ecb/pages/arquivos/Ausubel\\_2000\\_Aquisicao%20e%20retencao%20de%20conhecimentos.pdf](http://www.uel.br/pos/ecb/pages/arquivos/Ausubel_2000_Aquisicao%20e%20retencao%20de%20conhecimentos.pdf)>.

AUSUBEL, David P. **Teoria del aprendizaje significativo**. Disponível em: <[http://delegacion233.bligoo.com.mx/media/users/20/1002571/files/240726/Aprendizaje\\_significativo.pdf](http://delegacion233.bligoo.com.mx/media/users/20/1002571/files/240726/Aprendizaje_significativo.pdf)>.

AVILA DE MATOS, Eloiza Ap. Silva. O Programa "Aliança para o Progresso": o discurso civilizador na imprensa e a Educação Profissional no Paraná – Brasil. In: **XI Simposio Internacional Proceso Civilizador**, 2008. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2008. p. 359-367. Disponível em: <<http://www.uel.br/grupoestudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais11/artigos/38%20-%20Matos.pdf>>.

BIANCHETTI, Lucídio. MAGALHÃES, António M. Declaração de Bolonha e internacionalização da educação superior: protagonismo dos reitores e autonomia universitária em questão. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 20, n. 1, p. 225-249, mar. 2015.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1997. O Estado num mundo em transformação. Washington. 1997. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/pt/634101468162557539/pdf/341310PORTUGUE18213137771701PUBLIC1.pdf>>.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTOS, Ruben Araujo de Mattos. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: **Caminhos para a análise das políticas de saúde**. MATTOS, Ruben Araujo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (org). Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

BEHR, Ricardo Roberto; NASCIMENTO, Schleiden Pinheiro. A gestão do conhecimento como técnica de controle: uma abordagem crítica da conversão do conhecimento tácito em explícito. **Cadernos EBAPE.BR**. vol. VI, número 5, março 2008.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Löic. O Imperialismo da Razão Neoliberal. **Revista possibilidades**. Publicação do Núcleo de Pesquisa Marxista. Ano 01, no 01, Jul./Set. de 2004. p 24-28. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gfe\\_rd=cr&ei=ASj-V-nhL-yp8wewza2wCQ&gws\\_rd=ssl#q=%22Revista+possibilidades+Ano+01%2C+no+01%2C+Jul.%2FSet.+de+2004%22](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=ASj-V-nhL-yp8wewza2wCQ&gws_rd=ssl#q=%22Revista+possibilidades+Ano+01%2C+no+01%2C+Jul.%2FSet.+de+2004%22)>.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 3.029**, de 9 de janeiro de 1881, que reforma a legislação eleitoral. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-3029-9-janeiro-1881-546079-publicacaooriginal-59786-pl.html>>.

BRASIL. **Lei nº 3.987**, de 2 de janeiro de 1920, que reorganiza os serviços da Saúde Pública. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>>.

BRASIL. **Decreto nº 19.402** de 14 de novembro de 1930, que cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

BRASIL. **Decreto n.º 19.518**, de 22 de dezembro de 1930, que desliga do Ministério da Justiça e Negócios Interiores repartições que passam a ser subordinados ao Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19518-22-dezembro-1930-516812-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

BRASIL. **Lei nº 378** de 13 de janeiro de 1937 que dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/L0378.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm)>.

BRASIL. **Decreto nº 6788** de 30 de janeiro de 1941, que Convoca à 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-6788-30-janeiro-1941-331348-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

BRASIL. **Decreto nº 52.301** de 24 de Julho de 1963, que convoca a III Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-52301-24-julho-1963-392304-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

BRASIL, **Decreto 59.308**, de 23 de setembro de 1966, que promulga o Acôrdio Básico de Assistência Técnica com a Organização das Nações Unidas, suas Agências Especializadas e a Agência Internacional de Energia Atômica. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D59308.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D59308.htm)>.

BRASIL. **Lei 6.229** de 17 de julho de 1975, que Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm)>.

BRASIL. **Lei 6439** de 1º de setembro de 1977, que institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6439.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm)>.

BRASIL. **Decreto nº 84.219** de 14 de Novembro de 1979, que dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

BRASIL. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf)>.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>.

BRASIL. **Decreto 94.657** de 20 de julho de 1987, que dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-norma-pe.html>>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br>>.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>.

BRASIL. **Lei Nº 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8112cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm)>.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19** de 04 de junho de 1998, que modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1262 de 15 de outubro de 1999, que cria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, para ser desenvolvido no período 1999 – 2003. **Diário Oficial da União**, publicada em 18/10/1999, seção 1, p. 159. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=159&data=18/10/1999>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 610** de 26 de março de 2002, que institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=75&data=01/04/2002>>.

BRASIL. **Portaria nº 2.429** de 23 de dezembro de 2003, que cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2429\\_23\\_12\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2429_23_12_2003.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM** de 13 de fevereiro de 2004, que Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005, que institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, de 4 de novembro de 2005, nº 212, seção 1, p. 111.

BRASIL. **Portaria Interministerial 2.118**, de 3 de novembro de 2005, que institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao\\_institucional/portaria\\_interministerial\\_2118.pdf](http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de junho de 2007, que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, edição número 120, seção 1, de 25/06/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.970** de 25 de novembro de 2009, que institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970\\_25\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970_25_11_2009.html)>.

BRASIL. **Portaria Interministerial 1001** de 22 de outubro de 2009, que institui Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1682-port-1001&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1682-port-1001&Itemid=30192)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048** de 3 de setembro de 2009, que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html)>.

BRASIL. Portaria nº 1.311 de 27 de maio de 2010, que institui o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde - PNDG. **Diário Oficial da União**, de 2 de junho de 2010, nº 104, Seção 1, p. 65.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 421** de 03 de março de 2010, que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html)>.

BRASIL. **Decreto 7.385**, de 8 de dezembro de 2010, que institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/12/2010&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=116>>.

BRASIL. **Portaria nº 1.654** de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>

BRASIL. **Decreto nº 7.508** de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>

BRASIL. **Portaria Nº 1.580** de 19 de julho de 2012, que afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1580\\_19\\_07\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1580_19_07_2012.html)>

BRASIL. **Portaria nº 575**, de 29 de março de 2012, que institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do SUS. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos!carregarPagina.action?idTipoLink=51>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 8.065** de 7 de agosto de 2013, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-014/2013/Decreto/D8065.htm#art6](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-014/2013/Decreto/D8065.htm#art6)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Universidade Aberta do SUS**. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/>>.

BRASIL. **Lei nº 8.666** de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm)>.

BRASIL. **Portaria Nº 2430** de 23 de dezembro de 2003, que Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dgtes%5Cimages/stories/gestaotrabalho/portaria2430.pdf>>.

BRASIL. **Portaria nº 2.428**, de 23 de dezembro de 2003, que cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2428\\_23\\_12\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2428_23_12_2003.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>.

BRASIL. Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, que institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema único de Saúde (RET-SUS). **Diário Oficial da União**, 29 de novembro de 2000, seção 1, p. 58. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=58&data=29/11/2000>>.

BRASIL. **Decreto nº 3.745** de 5 de fevereiro de 2001, que institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/d3745.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3745.htm)>.

BRASIL. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde:** diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: SGTES, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol\\_formacao\\_desenv.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf)>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003, que afirma a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. **Diário Oficial da União**, de 5 de fevereiro de 2004, seção 1, p. 62. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=05/02/2004>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1.828** de 02 de setembro de 2004, que Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1828\\_02\\_09\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1828_02_09_2004.html)>.

BRASIL. **Portaria nº GM/MS nº 1.996** de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-92-29-2007-08-20-1996>>.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802** de 26 de agosto de 2008, que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-92-31-2008-08-26-1802>>.

BRASIL. **Portaria nº. 1.311**, de 27 de maio de 2010, que institui o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde - PNDG. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=214415>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente. NETO, Milton Menezes da Costa (Org). **Cadernos de Atenção Básica 3.** Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwii4ZuHjIHQAhUFlpAKHQ-DCCEQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcad03\\_educacao.pdf&usg=AFQjCNG8o0V0DuyYO6zD27ulx94FSOG9KA](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwii4ZuHjIHQAhUFlpAKHQ-DCCEQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcad03_educacao.pdf&usg=AFQjCNG8o0V0DuyYO6zD27ulx94FSOG9KA)>.



BRASIL. Ministério da Saúde. Polo de capacitação. **Informe da Atenção Básica nº 10**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe10.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 1133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed., rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/805/1/Princ%c3%adpios%20e%20Diretrizes%20para%20o%20NOB-RH-SUS.pdf>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Para entender a gestão do SUS, vol. 13. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Para entender a gestão do SUS, vol. 9. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Acordo para um programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil**, assinado em 14 de novembro de 1973. Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Organização Panamericana da Saúde. **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS**: Programa de Trabalho. Brasília, 1976.

BRAVIN, Fábio Pereira. **Política e a ação Pública**: análise da política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: UnB. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1677/1/Dissert\\_Fabio%20Bravin.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1677/1/Dissert_Fabio%20Bravin.pdf)>.

BULFINCH, Thomas. **O livro de ouro da mitologia**: (a idade da fábula): histórias de deuses e heróis. Rio de Janeiro: EDIOURO, 2002.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FARIA, Regina Martha Barbosa; HADDAD, Ana Estela. Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. In: **Cadernos RH Saúde** Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 41-54. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3303.pdf>>

CAMPOS, Gastão Wagner. **Videoconferência**. Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, 2014.

CAMPOS, Rosana Onocko; MASSUDA, Adriano; VALLES, Iris; CASTAÑO, GSUTAVO; PELLEGRINI, Oscar. Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In: CAMPOS, Rosana Onocko. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 17-38.

CAMPOS, Francisco Eduardo de *et. al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades de atenção básica. **Revista Brasileira de educação médica**. RJ, v. 25, nº 2, maio/ago, pg. 53-59, 2001. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/caminhos\\_aproximar.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/caminhos_aproximar.pdf)>.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt; BRASIL, Felipe Gonçalves. Subsistemas, comunidades e redes para a análise da participação no processo de políticas públicas. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 4, n. 2, 2014 p. 64-81. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/RBPP/article/view/2912/pdf>>.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de. CADRHU: a história de um projeto. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de (org). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/874a40b623cd4f04109ca9fe30c21b76.pdf>>.

CASTRO, Janete Lima de. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal-RN: Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/23225a2378a6105107667a1c384638a0.pdf>>.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)** [online]. 2005b, v.9, n.16, p. 161- 168. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013)>.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2005a, vol. 10, n. 4, pp. 975-986. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020)>

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://lctc>>

ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20emerg%eancia%20da%20educa%e7%e3o%20e%20o%20ensino%20em%20sa%fad.pdf>.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O "trabalhador moral" *na saúde*: reflexões sobre um conceito. **Interface** (Botucatu), May/Aug., vol.11, no. 22, 2007, p.345-351. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012)>.

CHAUÍ, Marilena. Ideologia neoliberal e universidade. In OLIVEIRA, Francisco et. al. (Org.). **Os sentidos da Democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 27-54.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1982.

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. **Folha de São Paulo**, 09 de maio de 1999. Caderno Mais! p. 3. Disponível em: <<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/05/09/72>>.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil Mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Perseu Abramo, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **A universidade pública sob nova perspectiva**. Revista Brasileira de Educação. Set /Out /Nov /Dez 2003 N 24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287** de 08 de outubro de 1998, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>>.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.cosemsrs.org.br/>>

CONTERNO, Solange de Fátima Reis. O Banco Mundial e a Atualização da Retórica da Satisfação das Necessidades Básicas Expressas nas Áreas de Educação e Saúde nos Anos de 1990. In: FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago; Zanardine, Isaura Monica Souza; DEITOS, Roberto Antonio (Org). **Educação, políticas sociais e Estado no Brasil**. Curitiba: Fundação Araucária, 2008, p. 235-272.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

COUTO, M C V; DELGADO, P G G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro E; Tanaka OU (Org).

**Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p. 271-9.

CUNHA, Luiz Antonio. Ensino superior e a universidade no Brasil. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira *et al.* (org). **500 anos de educação no Brasil.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

DAVINI, Maria Cristina; NERVI, Laura; ROSCHKE, Maria Alice. **Capacitación del personal de los servicios de salud.** Proyetos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Quito: OPS/OMS, 2002, p 109-110. Disponível em: <[http://onarhus.ministeriodesalud.go.cr/sites/observatorio\\_cr/files/documentos/ORHS\\_serie3\\_capacitacion\\_personal\\_serv\\_salud\\_OPS\\_OMS\\_abr2002.pdf](http://onarhus.ministeriodesalud.go.cr/sites/observatorio_cr/files/documentos/ORHS_serie3_capacitacion_personal_serv_salud_OPS_OMS_abr2002.pdf)>.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe a Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FERRAZ, Fabiane; BACKES, Vânia Marli Schubert; MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LINO, Mônica Motta. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciênc. saúde coletiva [online].** 2013, vol. 18, n. 6, pp. 1683-1693. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600020)>.

FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. Entrevista. In: **Boletim Integralidade em Saúde.** LAPPIS. 2008. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=1>>.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; COSTA, Heloniza Oliveira G. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate,** 2000, v.22: p. 25-35.

FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica.** Rio de Janeiro: Hucitec - Rede Unida - ABEM, 2002.

FINKELMAN, Jacobo (org). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos

Costa Lobato et al. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, [online]. vol. 11, n. 23, pp. 427-438, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003)>.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Indignação**: Cartas Pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, Paulo. Ideologia e Educação: reflexões sobre a não neutralidade da educação. In: GADOTTI, Moacir. **A Educação contra a Educação**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. Quefazer. **Projeto Memória**. Disponível em: <[http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/glossario/palavras\\_146.html](http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/glossario/palavras_146.html)>.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 21, jun de 2000. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper21.pdf>>.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. In JANTSCH, Ari Paulo et al. (Org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001a, p. 25-49.

FRIGOTTO, Gaudêncio Frigotto. Capital Humano. In: **Dicionário de educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (org). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FRIGOTTO, Gaudêncio Frigotto; MOLINA, Helder. Estado, educação e sindicalismo No contexto da regressão social. In: **Retratos da Escola**, Brasília, v. 4, n. 6, p. 37-51, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.esforce.org.br>>.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A formação e a profissionalização do educador: novos desafios. In: GENTILLI, Pablo et. al (org.). **Escola S.A.**: quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo. Brasília: CNTE, 1996, p. 75-105.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação e Trabalho: Bases para debater a Educação Profissional emancipadora. In **Anais do 2º Encontro Estadual das Escolas Técnicas**. Edição Especial. Vol. 01, ano I, Porto Alegre, 2001b, p. 27-33.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **Educação e crise do Trabalho**: Perspectivas de final de Século. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. Educação básica no Brasil na década de 1990: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. In: **Educação e Sociedade**. Campinas, vol. 24, n. 82, p. 93-130, abril 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. A educação de trabalhadores no Brasil contemporâneo: um direito que não se completa. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 65-76, dez. 2014.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **RS em números**: 2016. BORGES, Bruna Kasprzak (coord). Porto Alegre: FEE, 2016. Disponível em: <[http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/20160919livro-rs-em-numeros2016\\_site\\_p.pdf](http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/20160919livro-rs-em-numeros2016_site_p.pdf)>.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico**. Metodologia. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/metodologia/>>.

FURTER, Pierre. O planejador e a educação permanente. **Cadernos de Pesquisa**, n. 27, p. 73-99. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1978. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1731>>.

GALEANO, Eduardo. **Tejidos: Antología**. Barcelona: Octaedro, 2001.

GALEANO, Eduardo. **Bocas do tempo**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

GADOTTI, Moacir. **A Educação contra a Educação**. O esquecimento da Educação e a Educação Permanente. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GRAMISCI, Antonio. **Obras Escolhidas**. Lisboa: Estampa, 1974. Vol. I.

GRAMISCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

GRAMISCI, Antonio. **Cadernos de Cárcere**. Vol. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRYSCHER, Anna Luiza de F. P. Lins; ALMEIDA, Alva Helena de; ANTUNES, Maricy Nair; MIYASHIRO, Suely Yuriko. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 196-201, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a09.pdf>>.

GUEDES, Maria Denise. **Educação e formação humana**: a contribuição do pensamento de Marx para a análise da função da educação na sociedade capitalista

contemporânea. 2007. Disponível em:  
<[http://www.unicamp.br/cemarx/anais\\_v\\_coloquio\\_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt5/sessao4/Maria\\_Denise\\_Guedes.pdf](http://www.unicamp.br/cemarx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt5/sessao4/Maria_Denise_Guedes.pdf)>.

GOUVEIA, Dina. Os Adultos e a Aprendizagem ao longo da Vida – Uma Abordagem sobre a situação Europeia. **XVII colóquio afirse secção portuguesa** - A escola e o mundo do trabalho, 2009. Disponível em:  
<[http://afirse.com/archives/cd2/Ateli%C3%AAs/6a%20feira\\_14h30/Ateli%C3%AA%2012/Dina%20Gouveia.pdf](http://afirse.com/archives/cd2/Ateli%C3%AAs/6a%20feira_14h30/Ateli%C3%AA%2012/Dina%20Gouveia.pdf)>.

HARVEY, David. **Breve historia del neoliberalismo**. Madrid: Akal, 2007.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1993 (2006).

HARVEY, David. El neoliberalismo como destrucción creativa. Volumen 27 nº 45, 2008. **Apuntes del Cenes**. Disponível em:  
<<http://revistas.uptc.edu.co/index.php/cenes/issue/view/274>>.

HARVEY, David. Alternativas ao neoliberalismo e o direito à cidade. **Novos Cadernos NAEA**, v. 12, n. 2, p. 269-274, dez. 2009. Disponível em:  
<<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewArticle/327>>.

HAYEK, Friedrich August Von. **O caminho da servidão**. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.mises.org.br>>.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: Os *sertões* redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. V (suplemento), 217-235 julho 1998. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701998000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000400012)>.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba: UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>>.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL BRASILEIRO. **Série Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: PNUD, IPEA, FJP, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa de População 2013**. Disponível em:  
<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/estimativa\\_2013\\_dou.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros**: 2014. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em:  
<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>>.

JARVIS, Peter. Aprendizagem continuada e globalização: por um modelo estrutural comparativo. COWEN, Robert; KAZAMIAS, Andreas M; ULTERHALTER, Elaine (org). In: **Educação comparada: panorama internacional e perspectivas**. vol. 1. Brasília: UNESCO/CAPES, 2012. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002177/217707por.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

KAJLEN, Dennis B. P. A educação recorrente nos países da Europa ocidental. Perspectivas. **Revista Trimestral de Educação da UNESCO**. Abordagem do não formal vol. VIII, n. 2. Lisboa: Livros Horizonte, 1978. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0002/000289/028932por.pdf>>.

KUENZER, Acácia Zeneida. Exclusão includente, inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: SAVIANI, Dermeval; LOMBARDI, José Claudinei; SANFELICE, José Luís. (Org.). **Capitalismo, trabalho e educação**. 3. ed. São Paulo: Autores Associados, 2005. p. 77-96.

KUENZER, Acácia Zeneida. **Conhecimento e competências no trabalho e na escola**. 2004. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDkKq5n4HQAhVEI5AKHYXvClcQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seduc.rs.gov.br%2Fpse%2Fbinary%2Fdown\\_sem%2FDownloadServlet%3Farquivo%3Dtextos%2Facacia\\_kuenzer\\_conhec\\_compet\\_trab\\_esc.pdf&usq=AFQjCNEkZXjGsshcadaJUaEEEpYrtotv\\_A](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDkKq5n4HQAhVEI5AKHYXvClcQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seduc.rs.gov.br%2Fpse%2Fbinary%2Fdown_sem%2FDownloadServlet%3Farquivo%3Dtextos%2Facacia_kuenzer_conhec_compet_trab_esc.pdf&usq=AFQjCNEkZXjGsshcadaJUaEEEpYrtotv_A)>.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 10, n. 3, p. 1037-51, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>>.

LENIN, V. I. **Que fazer?** São Paulo: Hucitec, 1978.

LLORÉNS, José A. Educación permanente en salud: posibilidades y limitaciones **Educ Med Salud**, vol. 20, nº 4, 1986. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/925.pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

LUCCHESI, Patrícia T. R; AGUIAR, Dayse. Políticas Públicas em Saúde. In: LUCCHESI, Patrícia (coord); AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Políticas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf)>.

MACEDO, Carlyle Guerra. Conferência: Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>.



MACHADO, Carmen Lucia Bezerra. **A retórica sedutora do (neo?) liberalismo e a sua prática social positivista na educação no Brasil, hoje**. Educação, v. 1, ano XX, nº 32, 1997. Porto Alegre: PUC, p. 45-58.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5):605-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>>.

MANFROI, Waldomiro Carlos; MACHADO, Carmen Lucia Bezerra *et al.* (org). **Educação e Saúde**: um caminho em construção. Porto Alegre: wwlivros, 2015.

MATTOS, Rubem Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de. (org). In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MARX, Karl. **Contribuição a Crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I, vol. 1. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 23ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Alianza para el Progreso**. Documentos oficiales emanados de la Reunión de lo Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial celebrada en Punta Del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961. OEA/Serv. H/XII 1. Rev. 2. Washington, D. C., 1967. Disponível em: <<http://www.fcpolit.unr.edu.ar/trabajosocial1/files/2013/09/Alianza-para-el-Progreso-I->>.

MAURIEL, Ana Paula Ornellas. Desenvolvimento, pobreza e políticas sociais. **Em Pauta**, n. 31, vol. 11, Rio de Janeiro, 1º semestre de 2013, p. 97-117. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/7561/5498>>.

MEDICI, André César; MACHADO, Maria Elena; NOGUEIRA, Roberto Passos; GIRARDI, Sábado Nicolau. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. **Educ Med Salud**, vol. 25, no. 1, 1991. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/9044.pdf>>.

MELLO, Adriana Almeida Sales de. **A mundialização da Educação**: consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela. Maceió: EDUFAL, 2004.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu) [online]**. 2005, v.9, n.16, pp.172-174. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT)>.

MÉSZÁROS, István. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOREIRA, Marco Antonio. Aprendizagem Significativa: um conceito subjacente. **Aprendizagem Significativa em Revista** - vol 1. n. 3, pp. 25-46, 2011. Disponível em: <[http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo\\_ID16/v1\\_n3\\_a2011.pdf](http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID16/v1_n3_a2011.pdf)>.

MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizaje significativa crítica**. Porto Alegre: Instituto de Física da UFRGS, 2005. Disponível em: <<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf>>.

MOREIRA, Marco Antonio. **O que é afinal aprendizagem significativa?** 2010. Disponível em: <<http://moreira.if.ufrgs.br/oqueeafinal.pdf>>.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Revista Olho Mágico**. Ano 8 Edição nº 3 set./dez. Londrina, 2001. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>.

MUROFUSE, Neide Tiemi; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; MUZZOLON, Arlene Benini Fernandes; NICOLA, Anair Lazzari. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 17, n. 3, p. 314-320, Jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300006&script=sci\\_arttext&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300006&script=sci_arttext&tlng=PT)>.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; Fernanda de Freitas MENDONÇA; Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho BUENO; Eliane Cristina Lopes BREVILHERI; Daniel Carlos da SILVA E ALMEIDA; Lázara Regina de REZENDE; Gisele dos Santos CARVALHO; Alberto Durán GONZÁLEZ. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, v.13, n. 30, pp. 209-219. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300017)>.

NÓVOA, António. Educação 2021: para uma história do futuro. **Revista Iberoamericana de Educación**. n. 49. Madrid: OEI, 2009. Disponível em: <<http://rieoei.org/rie49.htm>>.

NUNES, Tânia Celeste Matos. Educação Permanente: Um novo olhar sobre a aprendizagem no Trabalho. In: **Revista Digital de Educação Permanente em Saúde**. volume 1, nº 1, setembro de 2004. Disponível em: <[http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol01.pdf](http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol01.pdf)>.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. Viagem Científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. In: **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. Tomo VIII, 1916. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/mioc/v8n3/tomo08\(f3\)\\_74-224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v8n3/tomo08(f3)_74-224.pdf)>.

OFFE, Claus; RONGE, V. Teses sobre a fundamentação do conceito de Estado capitalista e sobre a pesquisa política de orientação materialista. In: OFFE, Claus (Org). **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, p.140-177.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. Das políticas de governo a política de estado: Reflexões sobre a atual agenda educacional brasileira. **Educação e Sociedade**: Campinas, v. 32, n. 115, p. 323-337, abr.-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

OLIVEIRA, Francisco. **Crítica à razão dualista. O ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, Francisco. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In OLIVEIRA, Francisco *et al.* (Org.). **Os sentidos da Democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 55-82.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Una verdad universal: No hay salud sin agentes sanitarios. Resumen de orientación, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/es/>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2006**: Trabalhando juntos pela saúde. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_pr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1)>.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Educación permanente en salud:

informes finales de tres grupos de trabajo. **Serie desarrollo de recursos humanos nº 94**, 1993. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/10073.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Educación permanente en salud: informes finales de tres grupos de trabajo. Fascículo IX: Investigación en apoyo a procesos educativos permanentes. **Serie desarrollo de recursos humanos nº 86**, 1990.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Educación permanente en salud. Fascículo VII. Investigación educacional en salud: Informe de la Reunión de un Grupo de Consulta. **Serie desarrollo de recursos humanos nº 84**, 1988. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/1741.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Educación permanente en salud. Fascículo VIII: Grupo Regional de Consulta: informe final. **Serie desarrollo de recursos humanos nº 85**, 1989. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/2286.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **XXI Conferência Sanitária Panamericana**. Resoluções. 1982. Disponível em: <[http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp\\_21.htm#R21](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_21.htm#R21)>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas**. Um século de Saúde Pública nas Américas. 2012. Disponível em: <[http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57%3Aa-century-of-public-health-in-the-americas&catid=24%3Achapters&Itemid=163&lang=PT](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=57%3Aa-century-of-public-health-in-the-americas&catid=24%3Achapters&Itemid=163&lang=PT)>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Plan decenal de salud para las Americas**. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas (Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972). Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/OD/34900.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. Educação para todos 2000-2015: progressos e desafios. **Relatório de Monitoramento Global de EPT 2015**. UNESCO: Paris, 2015. Disponível em: <[http://www.unesco.org/new/pt/brasil/ia/about-this-office/single-view/news/only\\_a\\_third\\_of\\_countries\\_reached\\_global\\_education\\_goals/#.VexXKH0l87o](http://www.unesco.org/new/pt/brasil/ia/about-this-office/single-view/news/only_a_third_of_countries_reached_global_education_goals/#.VexXKH0l87o)>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Aprender a ser**: La educación del futuro. Paris: UNESCO, 1973. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001329/132984s.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Educação um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI São Paulo: Cortez, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Actas de la Conferencia General. 15ª Reunión.** Resoluções. Paris, 1968. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001140/114047s.pdf>>.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, 2006, 40: 73-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>>.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Vanilda P. Educação Permanente: Ideologia Educativa ou Necessidade Econômico-Social? **Síntese: Revista de Filosofia**, v. 4, n. 9, 1977. Disponível em: <<http://faje.edu.br/periodicos2/index.php/Sintese/article/view/2406/2669>>.

PEDUZZI, Marina; DEL GUERRA, Débora Antoniazzi; BRAGA, Carina Pinto; LUCENA, Fabiana Santos; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da. 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 (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, n. 30, pp.121-134. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300011&script=sci\\_abstract&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300011&script=sci_abstract&tlng=PT)>.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PERONI, Vera Maria Vidal. As relações entre o público e o privado nas políticas educacionais no contexto da terceira via. **Currículo sem fronteiras**, v. 13, n. 2, p. 234-255, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol13iss2articles/peroni.pdf>>

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: **Cadernos RH Saúde** Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16\\_5\\_2013\\_\\_0\\_Recursos\\_Humanos\\_e\\_gest\\_ao.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013__0_Recursos_Humanos_e_gest_ao.pdf)>.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos**: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/tv/pdf/pires-9788575412923.pdf>>.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil de 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. RECIIS – R. Eletr. de **Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, Nov., 2010. Disponível em: <[www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/656/1304](http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/656/1304)>.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual 12544** de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM – e dá outras providências. Porto Alegre: **DOE**, 2006. Disponível em: <[http://www.pim.saude.rs.gov.br/a\\_PIM/legislacao/LeiDoPIM-12544Pagina1.pdf](http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/legislacao/LeiDoPIM-12544Pagina1.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Comissão Intergestores Bipartite**. Resoluções. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es\\_da\\_CIB-RS](http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es_da_CIB-RS)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 09** de 4 de março de 2002, que inclui Instituições de Ensino Superior no Polo de Educação em Saúde Coletiva. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_saude\\_v16n1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 07** de 22 de fevereiro de 2002, que institui Comissão de Acompanhamento Técnico do Projeto Formação Solidária em Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_saude\\_v16n1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 39** de 1999, que institui Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva - NURESCs como estratégia descentralizada da Escola de Saúde Pública nas Coordenadorias Regionais de Saúde, da Secretaria da Saúde. Disponível em: <[http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520160915v14n1\\_19portaria39.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520160915v14n1_19portaria39.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 10** de 27 de março de 2002, que Institui a Comissão de Acompanhamento Técnico da Capacitação de Conselheiros, Capacitação de Lideranças Populares na Gestão de Políticas Públicas de Saúde e Capacitação Profissional para Trabalhadores de Saúde de Baixa Escolaridade, incumbida de avaliar e aprovar os “Planos de Trabalho” e os “Relatórios Técnicos” de Formação e Capacitação apresentados pelas Entidades do Movimento Social conveniadas ao Projeto de Educação Popular em Saúde, criado pela Secretaria de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_saude\\_v16n1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria 09** de 8 de maio de 2000, que institui o Polo de Educação em Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul, instância de articulação dos órgãos formadores no Rio Grande do Sul com a SES/RS. Disponível em: <[http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520160754v14n1\\_18portaria09.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520160754v14n1_18portaria09.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual da Saúde. **Resolução nº 23** de 20 de dezembro de 2001, que aprova a Política de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde para o SUS – Formação Solidária, da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520165820v15n1\\_21resolucao23.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520165820v15n1_21resolucao23.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Estadual nº 13.812 de 11 de julho de 1962, que cria na Secretaria da Saúde a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial** de 14 de julho de 1962, p. 3. Disponível em: <<http://corag.rs.gov.br/doi>>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comunicação. **SES-RS e Ministério da Saúde debatem propostas de formação de recursos humanos para o SUS**, publicada em 15 de outubro de 2003. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1222/?SESRs\\_e\\_Minist%C3%A9rio\\_da\\_Sa%C3%BAde\\_debtem\\_propostas\\_de\\_forma%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_recursos\\_humanos\\_para\\_o\\_SUS](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1222/?SESRs_e_Minist%C3%A9rio_da_Sa%C3%BAde_debtem_propostas_de_forma%C3%A7%C3%A3o_de_recursos_humanos_para_o_SUS)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1471009389\\_PES%202016-2019%20-%2012%2008.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1471009389_PES%202016-2019%20-%2012%2008.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão do SUS 2015**. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1467222558\\_RAG%202015%20-%20Anexo%20I%20%20Principais%20Realiza%C3%A7%C3%B5es%20AJUSTADO.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1467222558_RAG%202015%20-%20Anexo%20I%20%20Principais%20Realiza%C3%A7%C3%B5es%20AJUSTADO.pdf)>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **SGE – Sistema de Gestão Estratégica**. Disponível em: <<http://ti.saude.rs.gov.br/sge/sge/indicadores/notatecnica>>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto estadual nº 40.991**, de 17 de agosto de 2001, que estabelece a Divisão Territorial da Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id343.htm>>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 67/04**, que aprova a implantação dos Pólos Macrorregionais e do Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde como instâncias institucionais para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es\\_da\\_CIB-RS](http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es_da_CIB-RS)>.

ROSÁRIO, Claudio R.; KIPPER, Liane Mahlmann; FROZZA, Rejane. Técnicas de elicitación de conhecimento tácito: um estudo de caso aplicado a uma empresa do ramo metalúrgico. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 117-134, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/16277/11047>>.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Focalização em saúde. In: Pereira, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

ROBERTSON, Susan L. O processo de Bolonha da Europa torna-se global: modelo, mercado, mobilidade, força intelectual ou estratégia para construção do Estado? **Revista Brasileira de Educação**, v. 14 n. 42 set./dez. 2009.

ROVERE, Mario. Comentarios estimulados por la lectura del artículo "Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário". **Interface (Botucatu)** [online]. 2005, v.9, n.16, pp.169-171. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100014)>.

SADER, Emir. Notas sobre a globalização neoliberal. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUS/ EPSJV, 2008.

SANTANA, José Paranaguá de. História, saúde e seus trabalhadores: o contexto internacional e a construção da agenda brasileira. **Ciência e saúde coletiva**, vol.13, n.3, pp. 832-835, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/04.pdf>>.

SILVA, Mara Nibia da. **O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina: contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS**. Dissertação (de mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em educação. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

SILVA, Ana Lucia Ferreira da. **Orientações da UNESCO para a educação não formal: repercussões no contexto brasileiro**. Caderno de Pesquisa: Pensamento Educacional, vol. 6, nº 12, jan-abr 2011. Disponível em: <[http://universidadetuiuti.utp.br/Cadernos\\_de\\_Pesquisa/sumario12.html](http://universidadetuiuti.utp.br/Cadernos_de_Pesquisa/sumario12.html)>.

SIMIONATTO, Ivete. Reforma do Estado ou modernização conservadora? **Arquivo Gramsci e o Brasil**. 2000. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?id=56&page=visualizar>>.



SIMONS, Helen. **El estudio de caso**. Teoria e prática. Madrid: Morata, 2011.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista espaço para a saúde**. Londrina, 10, v. 15, n. 4, p. 01-21, out/dez. 2014. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude\\_publica\\_4.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf)>.

STROSCHEIN, Karina Amadori; Denise ZOCCHÉ, Antunes Azambuja. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde** [online]. 2011, v. 9 n. 3. pp. 505-519. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462011000300009&script=sci\\_abstract&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462011000300009&script=sci_abstract&tlng=PT)>.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Bases Teórico-Methodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**: ideias gerais para a elaboração de um Projeto de Pesquisa. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, volume 4, Nov. 2001. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila (coord). FONSECA, Ana; PIERANTONI, Célia; FIGUEIREDO, Juliana; PINHEIRO, Marcelo; FARIA, Regina; NAKAGAWA, Tereza. **Recursos humanos e regionalização da saúde**. Programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Relatório. Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/For%C3%A7a%20de%20Trabalho%20%20Profissionais%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde/Monit\\_2010mai.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/For%C3%A7a%20de%20Trabalho%20%20Profissionais%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde/Monit_2010mai.pdf)>.

VIEIRA, Mônica. Recursos Humanos em Saúde. In: **Dicionário de educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (org). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

WARGAS, Tatiana. A Saúde como Política Pública. In: LUCCHESI, Patrícia (coord); AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicass\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf)>.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que autorizo minha participação no presente projeto de pesquisa bem como a utilização dos dados fornecidos à pesquisadora Mara Nibia da Silva, doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Fui informado de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento dos objetivos e forma de desenvolvimento da presente pesquisa. Foi-me garantido o caráter confidencial da entrevista e ou do grupo e afirmado o compromisso de meu anonimato quanto às informações concedidas. Nesse sentido, as gravações serão inutilizadas tão logo forem transcritas.

Declaro, ainda, que:

1 – Fui informado(a) de que a pesquisa tem como título Educação Permanente em Saúde: O Estado entre a Política e as Práticas, objetivando compreender as relações entre a política de educação permanente em saúde, as práticas e suas implicações na realidade dos trabalhadores nos serviços.

2 - A pesquisa obedece às normas éticas e não apresenta riscos a minha pessoa.

3 - Serei esclarecido(a) antes, durante e no final da pesquisa sobre quaisquer questões sobre a mesma.

4 - Os dados fornecidos serão utilizados preservando minha identidade e respeitando os objetivos desta pesquisa.

5 - Poderei retirar este consentimento e interromper minha participação nesta pesquisa, em qualquer momento sem qualquer prejuízo.

6 - Não serei pressionado a participar de entrevistas coletivas ou individuais.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de .....

\_\_\_\_\_  
Pesquisado(a)

Fone:

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

email:

Fone:

Professora Orientadora:

Fone:           email:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS - Fone:

Documento em duas vias (uma destinada ao participante e outra à pesquisadora)