

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ROZILDA DOS SANTOS

**FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO
SUS: ANÁLISE DOS PROJETOS DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SANTA CATARINA**

Florianópolis (SC)

2007

ROZILDA DOS SANTOS

**FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO
SUS: ANÁLISE DOS PROJETOS DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Maria Cristina Marino Calvo, Dr^a
Coorientadora: Prof^a Elza Berger Salema Coelho, Dr^a

Florianópolis (SC)

2007

ROZILDA DOS SANTOS

**FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO
SUS: ANÁLISE DOS PROJETOS DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SANTA CATARINA**

Essa dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de **Mestre em Saúde Pública** no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de setembro de 2007.

Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador(a) do PPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Maria Cristina Marino Calvo
Presidente (orientadora)

Sérgio Fernando Torres de Freitas
Membro interno

Flávio Ricardo Liberali Magajewsky
Membro externo

Elza Berger Salema Coelho
Membro interno (suplente)

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Cristina Marino Calvo, orientadora dessa dissertação, que contribui com idéias, críticas e estímulo permanente para minha formação profissional.

À Professora Elza Berger Salema Coelho, pela paciência, carinho e ensinamentos.

A todos (as) os professores (as) do Departamento de Saúde Pública, que contribuíram para esse momento pessoal de aprendizado.

Aos colegas e amigos (as) que, anonimamente, contribuíram com apoio, amizade, carinho, idéias, críticas e sugestões, para que esse período de convivência pudesse se tornar uma experiência inesquecível.

Especialmente, ao meu pai, Manoel Atanázio dos Santos (*in memoriam*), que desde a infância me ensinou a importância dos estudos na nossa formação. À minha mãe, Almerita Zunino dos Santos e meus irmãos, pelo apoio, dedicação, amor e incentivo transmitidos em todos os momentos. ***Amo vocês!***

A todos os Coordenadores dos Projetos de Educação Permanente das Instituições Executoras e aos Coordenadores/Articuladores dos Pólos que aceitaram participar do estudo.

À Secretaria de Estado da Saúde que me proporcionou horário especial de trabalho, e aos colegas da Diretoria de Desenvolvimento Humano, especialmente aos companheiros da Gerência da Escola de Saúde Pública.

Principalmente aos colegas da Divisão de Educação Permanente que auxiliaram na coleta de dados durante a pesquisa.

Aos membros da banca examinadora que aceitaram o desafio de ler este trabalho e de compartilharem seu vasto conhecimento contribuindo para a minha formação.

Enfim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram presentes em minha vida acadêmica e em outros momentos.

Obrigada. Com todos vocês, compartilho esta conquista!

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esse documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo, formatado e encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em três partes:

- **Projeto de pesquisa:** apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo: introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências bibliográficas, apêndice e anexos da pesquisa. Já foram efetuadas as alterações sugeridas pela banca examinadora na época de sua apresentação, em julho de 2006;
- **Artigo científico inédito:** já formatado de acordo com as normas da revista “Panamericana de Salud Publica”, com os resultados da pesquisa;
- **Considerações Finais:** com as recomendações do mestrando.

A composição original desse documento tem a finalidade de acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas, uma vez que os mesmos já estão apresentados no formato mais rotineiramente adotado para as publicações da área.

SUMÁRIO

PARTE 1: PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	08
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.....	16
2.2 Desenvolvimentos de Recursos Humanos: uma abordagem das idéias formuladas nas Conferências Nacionais de Saúde de Recursos Humanos em Saúde.....	20
2.3 A implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família.....	27
2.4 A implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS no Brasil e em Santa Catarina	30
2.5 Políticas de Educação Permanente em Saúde para o SUS	36
CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS	40
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	41
4.1 Tipo de estudo.	41
4.2 Material de análise.....	41
4.3 Coleta de dados.....	41
4.4 Análise dos dados.....	43
4.5 Aspectos éticos	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	48
ANEXOS	52
PARTE 2: ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO	79
 PARTE 3: CONSIDERAÇÕES FINAIS	 109

PARTE 1: PROJETO DE PESQUISA

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO SUS: ANÁLISE DOS PROJETOS DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SANTA CATARINA

*Apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo:
introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia,
referências bibliográficas, apêndice e anexos da pesquisa. Já foram
efetuadas as alterações sugeridas pela banca examinadora na
época de sua apresentação, em julho de 2006.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMUNESC	Associação dos Municípios do Nordeste de Santa Catarina
APRENDER/ SUS	O SUS e os cursos de graduação na área da saúde
CADRHU	Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIESF	Comissão Interinstitucional de Estudos de Saúde da Família
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão e da Educação na Saúde
DIDH	Diretoria de Desenvolvimento Humano
EPS	Educação Permanente em Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
FURB	Universidade Regional de Blumenau
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da educação
MS	Ministério da Saúde
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (UNICAMP)
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NRECSF	Núcleos Regionais de Estudos e Capacitação em Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED	Programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
SES/SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federada (Estados)

UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina
VER-SUS	Vivências e estágios para estudantes da graduação na realidade SUS

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Principais características dos Pólos no modelo anterior e no modelo atual...	32
Quadro 2: Número de Pólos de Educação Permanente em Saúde, por UF	33
Figura 1: Mapa de distribuição dos 12 Pólos de Educação Permanente em Santa Catarina.....	34

RESUMO

SANTOS, Rozilda dos. **Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no SUS: análise dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Santa Catarina.** Florianópolis, 2007, 111f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2007.

A Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde foi concebida como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, por meio da organização e atuação dos Pólos de Educação Permanente. No Estado de Santa Catarina foram aprovados doze destes Pólos, distribuídos regionalmente. A Política de Educação Permanente visa à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A proposta pedagógica idealizada vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos e os processos de capacitação são estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as propostas de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde no SUS, por meio dos projetos encaminhados pelos Pólos de Educação Permanente no período de 2004-2006 no Estado de Santa Catarina.

A metodologia adotada é exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Foram analisados os Projetos de Educação Permanente encaminhados pelos Pólos, aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, que receberam recursos financeiros e foram implementados durante o período definido. Os dados originaram-se de pesquisa documental, com análise de conteúdo dos vinte e cinco Projetos de Educação Permanente encaminhados pelos Pólos, as listas de presença, relatórios, avaliação dos participantes e ministrantes. A coleta de dados foi orientada por um roteiro de variáveis e categorias de análise previstas na Política de Educação Permanente e elaboradas pela pesquisadora. A análise dos dados e os resultados são apresentados em forma de artigo científico. Tramitaram cento e um projetos encaminhados pelos doze Pólos de Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina no período de fevereiro de 2004 a agosto de 2006, sendo selecionados vinte e cinco projetos. Os resultados indicaram maior concentração de cursos no Pólo da Região do Médio Vale do Itajaí, com seis projetos, e no Pólo da Região do Litoral Sul e Extremo Sul, com quatro projetos. Quanto à área temática, seis projetos estão relacionados à gestão, dezoito à atenção, um para o controle social. A maioria dos projetos é de capacitação – dez projetos, e houve uma tendência para **demandas originadas/elaboração dos projetos pelo** aparelho formador. A distribuição por instituição executora mostrou concentração nas universidades privadas no período analisado. Em Santa Catarina, 64 % destes projetos estão relacionados às ações da Linha de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada. Verificou-se a necessidade de estratégias para o fortalecimento da participação de atores do quadrilátero da educação permanente em relação ao ensino, à gestão do SUS, à atenção à saúde e ao controle social, visando à implementação das diretrizes propostas por esta política - transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tendo como referência as reais necessidades da população, da gestão e do controle social.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; Formação e Desenvolvimento; Educação Permanente em Saúde; Pólos de Educação Permanente.

ABSTRACT

SANTOS, Rozilda dos. Training and development of Human Resources in Health at SUS: analysis of the projects developed by the Pólos de Educação Permanente em Santa Catarina. Florianópolis, 2007. Thesis [Master's degree in Saúde Pública] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2007.

The Policy of Permanent Education of the Health Department was designed as a strategy for the training and development of the workers at SUS, through the organization and initiative of the Pólos de Educação Permanente (Centers of Permanent Education). In the State of Santa Catarina, twelve of these centers, allocated regionally, were approved. The Policy of Permanent Education aims at changing the professional practices as well as the work organization, based on the health needs of the people and populations, of the sector management and of the social control in health. The pedagogical proposal elaborated relates the learning to elements which make sense to the subject involved and the trainings are developed based on the discussions on the work processes.

This research aims at analyzing the proposals for training and development of human resources in health at SUS, through projects proposed by the Pólos de Educação Permanente during the period between 2004 and 2006 in the State of Santa Catarina.

The method used is descriptive-exploratory, with a qualitative approach. The projects proposed by the Pólos were analyzed, which were approved by the State Health Council and Health Department, which received funds and were implemented during the period defined. The data was collected from documents, with analysis of the content of 26 Projects of Permanent Education proposed by the Pólos, the attendance lists, reports, evaluation of the participants and the lecturers. The data collection followed a list of variables and categories of analysis which were part of the Policy of Permanent Education and designed by the researcher. The data analysis and results are presented in the form of a scientific article.

One hundred and one projects were sent by the twelve Centers of Permanent Education in Health of Santa Catarina in the period of February 2004 and August 2006, out of which twenty five were selected. The results show higher concentration of courses at the Pólo da Região do Médio Vale do Itajaí, with six projects, and at the Pólo da Região do Litoral Sul e Extremo Sul, with four. As for the thematic area, six projects are related to management, eighteen to health care, and one to social control. Most projects aim at training – ten projects, and there was a tendency for demands coming from projects by the education organization. The distribution among executive institution pointed to higher concentration at the private universities in the period investigated. In Santa Catarina, 64% of these projects are related to actions of the Linha de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada. The results showed the need of strategies for the strengthening of the participation of actors of the four areas of permanent education in relation to teaching, management of the SUS, health care, and social control, aiming at the implementation of the directives proposed by this policy – transformation of the professional practices and of the work organization, based on the real needs of the population, of management and of social control.

Keywords: Human Resources in Health; Training and Development; Permanent Education in Health; Centers of Permanent Education.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconizou desde sua implantação em 1990, a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Esse modelo estabelece várias exigências aos trabalhadores em saúde, dentre elas: o entendimento de saúde como direito constitucional, a atenção integral humanizada e resolutiva, o trabalho em equipe, a responsabilização, a participação do usuário, o acolhimento e o vínculo.

Historicamente, o processo de educação dos trabalhadores na saúde é permeado por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo. Destacam-se duas concepções acerca da educação, da saúde e do trabalho - uma hegemônica e outra contra-hegemônica. A primeira concebe a “educação como forma de adaptação dos trabalhadores ao existente, às condições objetivas da produção e reprodução do próprio capitalismo; a segunda pretende entender as condições históricas que produzem e reproduzem o sistema capitalista e busca formas de luta e de superação dessa sociedade injusta e desigual”. (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 13).

A educação profissional dos trabalhadores da saúde está intimamente relacionada às concepções de saúde, sociedade, educação e trabalho. Assim, coexistem diferentes termos e conceitos sobre educação, saúde, trabalho e formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Além disso, as constantes mudanças do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira provocam o aumento das demandas sociais por ações e serviços na área da saúde e a necessidade de formar permanentemente os profissionais de saúde.

No Brasil não estava institucionalizada uma política nacional de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde antes do movimento da reforma sanitária. Porém, o artigo 200, inciso III da Constituição Federal de 1988 expressa as bases legais que legitimam o Ministério da Saúde para a construção dessa Política. Ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete a ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde, responsabilidade reafirmada pela Lei 8080/90, que explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para formalizar e executar a política de recursos humanos. Esses dispositivos legais apontam responsabilidades e competências, e requerem discussão e pactuação entre os diferentes atores envolvidos, visando garantir adequada formação profissional para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, em fevereiro de 2004 o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria n.º 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS por meio da organização e forma de atuação dos Pólos, concebidos como:

Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras e lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS. (BRASIL, 2004, p. 10).

“O objetivo central dessa proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”. (CAMPOS et al, 2006, p.43).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), tal como concebida pelos gestores do MS, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (BRASIL, 2004).

A política de educação permanente visa um *modus operandi* ascendente, partindo da análise coletiva do processo de trabalho, identificando os nós críticos que são enfrentados na gestão ou na atenção e possibilitando a construção de estratégias que sejam contextualizadas (BRASIL, 2004).

A implementação dessa política teve como base de diagnóstico uma leitura crítica dos diversos programas e ações de capacitação e formação de recursos humanos na saúde, incluindo a proposta inicial de organização dos pólos de saúde da família. Partiu-se da percepção de que tais programas e ações eram executados de forma fragmentada e orientados por diferentes concepções. Existe o reconhecimento de diversos aspectos positivos no desenvolvimento desses programas e iniciativas, mas entende-se que eles tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras e de promover mudanças nas práticas de saúde. (CAMPOS et al, 2006, p. 43).

Com a mobilização nacional em torno da organização dos pólos de educação permanente em saúde e da instituição da política de educação permanente para o SUS, evidencia-se a necessidade de discussão e pesquisa sobre o tema “formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde”. A institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir da Portaria 198/04, remete a alguns questionamentos referentes ao processo de implantação de suas propostas, tais como: A partir de que referências os projetos foram construídos? Como foi e por quem foi detectada a necessidade por capacitação? As instituições formadoras e executoras dos projetos utilizaram a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de ensino-aprendizagem e de produção de conhecimento? Como os recursos financeiros estão sendo investidos?

As respostas a essas questões indicam se os projetos desenvolvidos e em desenvolvimento até agora têm atendido aos pressupostos básicos da Política de Educação Permanente.

Essa pesquisa teve o objetivo de analisar essas questões para o caso específico da formação e o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS em Santa Catarina. Para isso foram analisados vinte e seis projetos encaminhados pelos Pólos de Educação Permanente para o Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergetores Bipartite (CIB) e Ministério da Saúde (MS), que foram aprovados e executados no período de 2004 -2006 no Estado de Santa Catarina. A metodologia utilizada é exploratória-descritiva com abordagem qualitativa, originada em pesquisa documental e análise de conteúdo.

A análise dos dados e os resultados dessa pesquisa serão apresentados em um artigo a ser submetido à revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

O termo gestão de recursos humanos, apesar de criticado por trazer a idéia de trabalhador como recurso, vem adquirindo novos significados e continua amplamente utilizado. As abordagens iniciais originadas na administração clássica têm incorporado o conceito de “força de trabalho” da economia política, com as análises do mercado de trabalho, e da sociedade do trabalho envolvendo na discussão a relação: trabalho, trabalhador como “ser social” e “sociedade”. (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004, p. 54).

Neste projeto, optou-se pela utilização do termo formação de recursos humanos por ser um termo amplamente incorporado e reconhecido na literatura pelas demais áreas. O debate sobre as políticas atuais do MS apresenta a unificação na mesma secretaria a gestão do trabalho e educação na saúde.

Segundo VIEIRA & OLIVEIRA (1999, p. 243), independentemente dos termos utilizados para conceituar recursos humanos, para atender às necessidades atuais dos serviços são necessárias políticas de gestão que assumam, no mínimo, as seguintes premissas: valorização profissional, atração e manutenção de pessoas de alto potencial de qualificação; condições favoráveis de motivação e mobilização; possibilidade de crescimento e desenvolvimento profissional; vinculação de incentivos a resultados; adaptação das políticas de recursos humanos à realidade da empresa ao contexto externo econômico-social e político na qual atua.

A articulação entre os setores da educação e da saúde é fundamental para formar profissionais de saúde com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, permeadas por uma concepção de integralidade na saúde.

Rubens Mattos aborda o tema integralidade como um valor, não sendo apenas uma diretriz do SUS. Enfatiza ainda, que existem diferentes sentidos desse princípio, mas “quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez um afirmação da abertura para o diálogo”. (MATTOS, 2001, p.61).

Historicamente percebe-se a desarticulação entre as políticas de saúde e educação no que tange a formação e educação de recursos humanos em saúde.

Embora a Constituição Federal de 1988 (CF/88) atribua ao SUS a ordenação da formação dos recursos humanos para o sistema, grande parte do processo de formação dos profissionais é atribuição do Ministério da Educação. Nesse Ministério são definidas as diretrizes e normas dos processos formadores, bem como os critérios para autorização de funcionamento das instituições formadoras.

A nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação, Lei n 9.394/96 abriu espaço e oportunidade de aproximação e diálogo entre educação e saúde, pois: estabelece o ensino baseado em competências, enfatiza a formação a partir do trabalho, permite a flexibilização dos currículos ao substituir o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares. Além disso, enfatiza que os currículos sejam construídos buscando o desenvolvimento de habilidades e competências para atuar de forma consciente e reflexiva diante das demandas sociais.

Princípios do SUS, como a universalização, a integralidade, a hierarquização e descentralização e a participação social, necessitam de uma nova organização dos serviços de saúde e uma prática do cuidado com competência técnica, ética com comprometimento e responsabilização.

Sendo assim, diante das novas exigências que se apresentam ao modelo de saúde preconizado pelo SUS, destaca-se a importância da formação e desenvolvimento de recursos humanos, como possibilidade de transformar as práticas de saúde por meio da qualificação da força de trabalho. Preparar os trabalhadores de saúde para desempenhar as funções exigidas pela permanente evolução do sistema de saúde, é um desafio a ser enfrentado pelos gestores de saúde e aparelho formador.

Feuerwerker (1998) salienta que o arranjo de novos cenários no campo de ensino pode desempenhar papel relevante e imprescindível na mudança do perfil dos profissionais formados. As diretrizes do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizam que as escolas devem formar de acordo com as necessidades de saúde. Nesse sentido, precisa assumir sua atribuição de formar e preparar profissionais de saúde comprometidos com os desafios que permeiam o SUS.

A educação profissional dos trabalhadores da saúde está intimamente relacionada às concepções de saúde, sociedade, educação e trabalho.

Quanto à concepção de saúde, a concepção que melhor expressa à opinião coletiva é aquele elaborado na VIII CNS, realizada em 1986:

Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de

tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Esta concepção subsidiou os preceitos constitucionais relacionados à saúde, bem como a Lei nº 8.080/90. Nesta última, é reafirmado que:

A saúde 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

Estes conceitos parecem ser os que mais se aproximam do momento histórico desta sociedade, pois, ultrapassaram a visão biologizante de saúde, ampliando os condicionantes do processo saúde/doença.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que, saúde é um conceito subjetivo e dinâmico que demanda à compreensão dos sujeitos e do outro, numa perspectiva dialética, onde o que é compreendido como doença não constitui seu eixo essencial. Pensar em ter ou não ter saúde é, portanto, um processo dinâmico, individual e coletivo, mas que depende necessariamente do olhar dos sujeitos sobre si mesmos, sobre o outro e sobre as suas condições de vida em determinada sociedade.

E a educação é compreendida como um processo contínuo, amplo e que extrapola os espaços formais de educação.

A educação é uma prática social que se dá em qualquer espaço, não sendo apenas reprodutora de um discurso dominante, mas também, possibilitadora da construção de um discurso contra-ideológico (SEVERINO, 1986). Ela é essencialmente política e, portanto, transformadora.

Assim como o trabalho e a saúde, a educação também está inserida em um contexto social e representa esta sociedade, é construída e construtora, portanto, dialética. Ela produz e reproduz a sociedade, constrói e reconstrói o conhecimento, consiste em um processo permanente, amplo e interativo de ensino e de aprendizagem, que norteia a ação do sujeito no mundo. Neste sentido, pensar educação pressupõe pensar transformação.

A educação dialógica ou problematizadora de Freire se opõe à educação bancária², pois pressupõe mudanças na relação educador-educando e na forma de pensar a produção e aquisição do conhecimento, mudanças na forma de pensar e fazer educação, exigindo mais empenho e esforço de ambas as partes.

² Para maior aprofundamento sobre educação bancária ler Pedagogia do Oprimido, de Paulo Freire.

O conhecimento [...] exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo e, ao reconhecer-se assim, percebe o “como” de seu conhecer e os condicionamentos a que está submetido seu ato (FREIRE, 2002, p.27).

Quanto ao trabalho, Marx define como sendo:

"Um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças materiais de seu corpo, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a ao mesmo tempo modifica sua própria natureza" (MARX, 1983, p.149, apud Frigotto, 2006).

Nesse sentido, também convivemos com diferentes termos e sentidos sobre a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Alguns conceitos adotados são citados a seguir.

A concepção de formação de Ceccim é abrangente (2005, p. 162) e inclui:

Os componentes de ensino formal para habilitação nas profissões regulamentadas, o aperfeiçoamento e a especialização para as áreas profissionais, o aprofundamento ou a inovação em conhecimentos específicos, o desenvolvimento profissional, pessoal e institucional dos trabalhadores e do trabalho, as qualificações aplicadas ao exercício de funções determinadas pelo processo produtivo em saúde, as interações com o movimento estudantil da área e com os movimentos de educação popular em saúde para favorecer a alteridade entre formação e necessidades sociais por saúde e, ainda, a certificação dos serviços de saúde como serviços auxiliares do ensino da saúde.

A implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS) definiu:

- Em relação ao desenvolvimento do trabalhador, como sendo:

As atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade à população usuária do Sistema. O desenvolvimento do trabalhador terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania. (BRASIL, 2005, p.31-32).

- Formação Profissional como um:

Processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais. (BRASIL, 2005, p.31-32).

- **Qualificação profissional como:**
 Processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados para o desempenho de determinada função visando ao seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho (BRASIL, 2005, p.31-32).
- **E educação permanente enquanto:**
 Processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem como objetivo melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha. (BRASIL, 2005, p.31-32).

Evidencia-se, portanto, o aspecto estratégico da formação e desenvolvimento dos recursos humanos no fortalecimento do SUS, e a inter-relação do sistema formador com a prática do profissional de saúde visando sua reorientação por meio de processos de educação permanente, com ênfase na concepção integral de saúde rompendo com o modelo biologicista.

2.2 Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: uma abordagem das principais idéias formuladas nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos.

As Conferências Nacionais de Saúde são fóruns de expressão da concepção democrática de Estado e da manifestação do controle social e representam fóruns estratégicos para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Porém, nas primeiras conferências de saúde, realizadas no período de 1941 até 1980 a abordagem de recursos humanos era muito limitada. Segundo Ribeiro & Motta (Disponível no site www.redeunida.org.br, acesso em 20 de agosto de 2006),

Nas duas primeiras conferências (1941, 1950), a abordagem de recursos humanos limita-se à discussão relativa à formação de nível superior, centrada na figura do profissional médico. Esta discussão amplia-se na terceira Conferência (1963), incorporando preocupações relativas à preparação de “pessoal de nível técnico”, preparação esta definida a partir de demandas originadas nos programas e projetos estabelecidos. Nos anais da IV (1967) e da V (1975) Conferências, surge o termo “treinamento em serviço”, definido a partir das necessidades de atualização de nível médio. No entanto, a educação continuada aparece de forma explícita durante a VI Conferência (1977), referindo-se à necessidade de que a carreira de sanitarista teria de acoplar novos conhecimentos à sua formação inicial. Na VII Conferência (1980) a educação continuada vem relacionada a projetos de extensão de cobertura. Neste

sentido, ressaltam-se propostas que visam à implantação de programas de integração docente assistencial e a educação.³

Salienta-se que essas conferências não apresentavam o caráter democrático das atuais; muitas foram apenas reuniões técnicas de poucos representantes governamentais, sem participação dos trabalhadores e da população.

Apenas, nos anos 80, com o Movimento de Reforma Sanitária, foram estruturadas ações e movimentos de reflexão e produção de espaços de mobilização para o processo de reforma e reordenamento do sistema de saúde. Destaca-se a formação de uma rede de núcleos universitários para apoiar as instituições governamentais e as entidades civis, na preparação de quadros técnico-dirigentes e realização de estudos e assessoramentos técnicos. Em 1986, o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), o MS e a representação no Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com os núcleos universitários, elaboraram proposta de formação de quadros dirigentes para a área de Recursos Humanos intitulado Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU)⁴, visando contribuir para a modernização dos processos institucionais da área de recursos humanos, de acordo com os princípios e propostas apresentados pela reforma sanitária brasileira. (BRASIL, CONASS, 2003).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, representou um marco histórico para a construção do SUS. Essa conferência proporcionou um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde, com destaque para remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, ao lado da urgência na adequação da formação profissional às necessidades de acordo com as demandas dadas pela realidade.

Com a VIII CNS temos a demonstração significativa do fortalecimento de dois aspectos indispensáveis para a consolidação das políticas de saúde para os próximos anos: participação social e o entendimento de saúde como direito de cidadania. (BRASIL, 2006).

A VIII e a IX CNS ressaltam a importância da área de recursos humanos dentro das políticas de saúde e recomendam conferências específicas sobre o tema “Recursos Humanos em Saúde”.

³ Para melhor detalhamento sobre a questão de Recursos Humanos (RH) nas conferências, ver Caderno de RH Saúde, V. 1, 1993.

⁴ Exposições mais intensas sobre o CADRHU, estão no site da OPAS, disponível no site www.opas.org.br.

Outros pontos de reivindicação em pauta, que traduziam o momento político dos debates daquele cenário, foram aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada em outubro de 1986, com o tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”.

Essa Conferência detalhou e propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS. Seu relatório passou a servir de referência às discussões e produções técnico-científicas que se seguiram. Suas propostas foram desenvolvidas em cinco categorias: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e a relação dos trabalhadores de saúde com usuários do sistema.⁵

Segundo a análise situacional daquele contexto histórico:

A política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde não é explicitada, nem sistematizada, em relação ao ingresso, administração, avaliação de desempenho, plano de cargos e salários, estratégias de formação e de educação continuada e pesquisas. Cada instituição do setor obedece a normas, diretrizes e estratégias diferentes, decorrentes do caráter disperso e dicotomizado do atual modelo de assistência à saúde. (RELATÓRIO DA I CNRH, p.37, 1986)

Em relação à área de formação, os problemas identificados no relatório da conferência seriam (BRASIL, 1986):

- Ausência de integração ensino-serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador.
- Os modelos curriculares observados na área das ciências da saúde apresentavam uma desarticulação interna: áreas básicas e clínicas, práticas e estágios.
- Os profissionais de nível médio formados pelo sistema educacional, a maioria pelo setor privado, não atendiam às reais necessidades do setor saúde, visto ser sua formação distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços.

Essa Conferência de 1986 definiu educação continuada como “processo organizado permanente, sistema direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários”, afirmando que este “deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo, em médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária”. Referente a questões metodológicas, apresenta diretrizes muito abrangentes, recomendando apenas que os programas de educação

⁵ Estas propostas estão mais detalhadas no Relatório da I CNRHS, 1986.

continuada levem em consideração as peculiaridades regionais e que os conteúdos contemplem questões técnicas para categorias profissionais específicas e questões gerais para as equipes de saúde (RIBEIRO & MOTTA, disponível no site www.redeunida.org.br, acesso em 20 de agosto de 2006).

No seu artigo 200, inciso III, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), atribuiu ao SUS à competência de “ordenar a formação dos seus recursos humanos”. Esta exigência legal abre caminhos para a possibilidade de formar trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais e, principalmente, reconhecendo como essencial uma política relativa aos trabalhadores para a implementação do SUS.

Para que fossem efetivados os artigos da CF/88, precisaria da criação de Leis Orgânicas, que foram aprovadas somente em 1990, com muitos artigos vetados pelo então Presidente da República Fernando Collor de Mello.

Com esta incumbência legal, o processo de formação dos profissionais de saúde não pode ser apenas de responsabilidade das instituições de ensino, conforme determina a Lei 8080/90 em seu artigo 27:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento ao objetivo de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, CONASS, 2003, p.32).

Segundo da Ros (2004), com dois anos de atraso foi realizada a IX CNS, a qual defendia que além da criação das Leis Orgânicas, precisariam ser elaboradas normas operacionais básicas (NOB) para que o SUS começasse a ser efetivado. Esta conferência foi palco de manifestações políticas que entendiam que com Collor o SUS não avançaria. Os defensores da reforma sanitária aderiram ao movimento a favor do “impeachment” de Collor.

Em 1992 foi convocada a IX CNS em um cenário de crise econômica e ética, apresentando como tema central “Municipalização”. Essa conferência reafirmou a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS que incluísse: a implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; a implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; o estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; a garantia de equipes multiprofissionais; entre outros. Apontou para a necessidade de realização da II CNRHS, para aprofundar a análise de diversos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde. No campo da formação, esta Conferência recomendou a imediata regulamentação do artigo 200, tendo produzido um conjunto expressivo de textos de apoio e um diagnóstico apurado dos problemas e

contradições que enfrentavam os profissionais da área, desde a formação às precárias condições de trabalho.

Destaca-se nesse contexto a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o intenso debate promovido na década de 1990, envolvendo os diferentes segmentos do controle social e dos gestores para a conformação NOB/RH/SUS, que hoje representam os elementos constitutivos da política de recursos humanos para o SUS.

A II Conferência de RH, realizada em 1993, no Governo do Presidente Itamar Franco, tendo como Ministro da Saúde o Sr Jamil Haddad, analisou o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão do trabalho, e foram apresentadas como propostas, entre outras:

- I. Regulamentação imediata do inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal.
- II. Articulação e integração entre os setores da Saúde e da Educação como princípios nucleares das políticas de recursos humanos para a Saúde.
- III. Integração das instituições de ensino e prestadores de serviço, incluindo, nesse processo, os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação.
- IV. Criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com a reordenação dos papéis de cada uma das esferas de governo.
- V. Obrigatoriedade de as instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS, desenvolverem planos de formação e de desenvolvimento para os seus trabalhadores.
- VI. Estabelecimento, pelos conselhos de saúde, de critérios referentes à formação em todos os níveis de ensino, para a criação e abertura de cursos na área da Saúde.
- VII. Criação de comissões intersetoriais de recursos humanos nas esferas estaduais e municipais.
- VIII. Criação de um sistema de informação do trabalho e de um programa de educação no trabalho, de forma descentralizada, com a qualificação de gestores e a regionalização e desconcentração dos cursos de formação na saúde. (BRASIL, 2005, p. 24-25).

Além desses pontos, em seu capítulo sobre as políticas de preparação e gestão de recursos humanos, propõe:

Criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional e recomenda também o desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores de saúde, dando ênfase às relações interpessoais e à formação de consciência crítica e ética. (BRASIL, 1993, p. 26).

Segundo Campos et al (2006) em texto produzido originalmente para a II CNRHS, foi destacado que as mudanças curriculares ou pedagógicas introduzidas no ensino das profissões da área da saúde mantiveram referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado e que a estrutura curricular da formação profissional na área da saúde está baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante. Ressalta também que os procedimentos pedagógicos adotados para o repasse do conhecimento estão baseados em uma atuação

passiva do aluno, muito conteúdo teórico e pouca vivência das práticas de saúde. Enfatiza que essa metodologia de transmissão do conhecimento prejudica a formação do pensamento reflexivo e crítico, necessário para conhecer a realidade de saúde em uma população com diferentes perfis epidemiológicos.

Até esse momento o SUS não havia assumido a atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, pois não existia uma política nacional institucionalizada nesta área.

Durante o primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso, realizou-se a X Conferência Nacional de Saúde, em 1996. O Sr Adib Domingos Jatene era então Ministro da Saúde e foi o presidente desta conferência. Nela, consolidaram-se as propostas relativas aos trabalhadores oriundas das conferências anteriores, propondo uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para efetivar a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema.

Na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, no segundo mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso, com o Ministro da Saúde José Serra, foi aprovado o documento dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS. Foi um instrumento normativo a ser pactuado entre os gestores do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado pelo CNS, a ser implementado pelas três esferas de governo.

Em novembro de 2003, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº. 330/2003 deliberou pela aplicação dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PNGTES), recomendando a sua publicação e divulgação nacional. A NOB/RH/SUS descreve as orientações políticas e gerenciais referentes à gestão do trabalho, ao desenvolvimento dos trabalhadores, à saúde ocupacional para o trabalhador da saúde e ao controle social na gestão do trabalho no SUS⁶.

Em 2003, no Governo Federal do Partido dos Trabalhadores (PT) de Luis Inácio Lula da Silva, tendo a frente do Ministério da Saúde o Sr Humberto Costa, acontece uma reestruturação na organização do Ministério. Foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos que unificam a gestão do trabalho e a educação na saúde, tendo como objetivo implementar uma política de valorização do

⁶ Para mais detalhamento ver: Princípios e Diretrizes para NOB/RH/SUS, CNS, Brasília, Série Cadernos Técnicos, MS, 2003.

trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes.

A SGTES foi o principal instrumento do governo federal para a consecução da NOB-RH/SUS e para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No primeiro mandato do Governo Federal de Lula, foi convocada pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa, a XII Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2003 que:

Reiterou aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social do SUS, com base nessa valorização e iniciativa governamental, a imediata adoção dos termos da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como instrumento efetivo para a consolidação do SUS, o comprometimento dos trabalhadores com os serviços públicos de saúde, a dignificação do trabalho e dos trabalhadores de saúde e o cumprimento das responsabilidades sociais das instituições formadoras de recursos humanos para a saúde. Pela primeira vez na história, conta-se com uma política nacional construída coletivamente e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, cuja implantação depende das três esferas de gestão, tanto dos gestores, como dos órgãos de controle social no SUS e da efetivação das instâncias intersetoriais e interinstitucionais. (BRASIL, 2005, p. 28).

Essa política contém as seguintes propostas (BRASIL, 2004, p. 30-31):

- I. Satisfação com o trabalho e fixação dos profissionais em áreas prioritárias, com queda efetiva da rotatividade.
- II. Aprofundamento da gestão no âmbito dos microprocessos de trabalho, na esfera das relações pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde com os usuários.
- III. Reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos trabalhadores no desenvolvimento e consolidação do SUS.
- IV. Reconhecimento da responsabilidade social do trabalhador e do setor da saúde, que exige formação especializada e intensiva.
- V. Realização de concurso público e implantação de plano de cargos, carreira e salários (PCCS).
- VI. Valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e das práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, por meio de adicionais de desempenho e resultados alcançados na saúde da população.
- VII. Educação permanente em saúde, visando ao desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em cada realidade regional e social.
- VIII. Reorientação do ensino em todas as escolas de saúde pelo enfoque na integralidade e humanização em saúde, por meio de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS.
- IX. Reconhecimento das Mesas de Negociação do Trabalho como espaços permanentes e democráticos de tratamento dos conflitos oriundos das relações de trabalho.

Cumprindo deliberação da XII Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (III CNGTES) em março de 2006. Nela foram estabelecidas diretrizes para a implementação da política nacional, dando seguimento à aprovação dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS e da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PNEPS).

Essas diretrizes expressam as questões atuais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, referenciando-se na NOB/RH/SUS, e apresentando demandas específicas debatidas na III CNGTES. O tema central da conferência - **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação** - buscou

construir propostas com base em seis eixos temáticos: Gestão do trabalho; Educação na Saúde; Participação do trabalhador; Financiamento do trabalho e da educação; Controle Social na gestão do trabalho e na educação; Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação no setor da saúde. (BRASIL, 2005).

Decorridos 20 anos entre a primeira e a terceira Conferência Nacional de Recursos Humanos, foi instituída a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pelo MS. Essa política representa uma mudança para a formação do trabalho e do trabalhador em saúde, mas todo esse processo deve ser avaliado para verificar se houve impacto na qualificação dos profissionais e na qualidade do atendimento da população.

Em julho de 2005 aconteceu uma mudança nos dirigentes da SGTES. Neste cenário de mudança de algumas pessoas que implementaram a PNEPS no MS, e que estavam à frente desse processo, percebe-se certa preocupação, por parte de alguns articuladores e defensores desta política, quanto à continuidade desta proposta e a garantia do financiamento dos projetos encaminhados até aquele momento, e que estavam aguardando o repasse dos recursos.

No Fórum de EP de SC esta preocupação é evidenciada no relatório do I Seminário de Avaliação dos Projetos de Educação Permanente em Saúde, promovido pela SES dias 21 e 22 de setembro de 2006. Uma das propostas elencadas neste seminário, “elaborar uma carta deste encontro, ao Ministério da Saúde, reivindicando a manutenção e fortalecimento da Política de EPS e menção para que o período de transição política não prejudique o processo de consolidação dos Pólos de EPS” e que “seja viabilizada a participação de representantes dos Pólos/FORUM/SES na reavaliação da Portaria 198/GM/MS”. (SANTA CATARINA, SES, Relatório do I Seminário de Avaliação dos Projetos de Educação Permanente em Saúde, 2006).

2.3 A implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família

O MS implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma alternativa para enfrentar o desafio da mudança nas práticas de saúde, no trabalho em saúde, na formação e educação, no compromisso com a participação comunitária e na expansão da cobertura (CAMPOS et al, 2006).

Inicialmente este programa priorizava municípios com populações vulneráveis, de acordo com os dados do mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O objetivo do PSF é a mudança do paradigma biologicista, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar para um modelo de atenção à saúde que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

A partir de 1997, este programa foi direcionado como estratégia de saúde da família, abrangendo toda população, e passou a ser entendido como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde do SUS.

Segundo Souza et al (2002, p. 150), a consolidação do PSF sempre esteve condicionada, entre outros fatores, à existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao novo modelo. Profissionais que não estão disponíveis no mercado, porque tradicionalmente foram formados e preparados para atuar no modelo tradicional.

Como proposta de mudança dessa realidade o MS em 1996, começou a formar parcerias com as Instituições de Ensino e os serviços, visando o processo de capacitação das equipes de saúde da família. Sendo assim, em 1997, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, financiados com recursos do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS).

Os pólos eram definidos como a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Eram vinculados às instituições de ensino que se consorciavam ou celebravam convênios com Secretaria de Estado da Saúde (SES) ou Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para implementarem programas de capacitação direcionados aos profissionais da equipe de saúde da família. Esses Pólos eram entendidos como estratégia operacional para a adequação e desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família para a abordagem integral e foram concebidos de forma a desenvolverem ações que contemplassem suas três vertentes: a capacitação, a formação e a educação permanente. (Souza et al, 2002, p.150).

Segundo Souza et al (2002), as instituições de ensino e serviços que participavam desses pólos tinham o compromisso de desenvolver ações de curto, médio e longo prazo. As ações de curto prazo contemplavam a oferta de treinamento introdutório para as equipes de saúde da família, curso de atualização destinada às abordagens coletiva e clínica individual. As ações de médio e longo prazo previam a implantação de programas de educação permanente destinados aos profissionais dessas equipes, por meio de cursos presenciais,

educação à distância e implantação de cursos de especialização em saúde da família ou outras formas de pós-graduação para médicos, enfermeiros e outros profissionais.

No Estado de Santa Catarina o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram implantados em 1994. Em dezembro de 1996 foi criado o Pólo de Capacitação em Santa Catarina (SC), para garantir um suporte educacional aos municípios que aderiram ao PSF e ao (PACS), com a reunião da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e cinco universidades - uma pública e quatro privadas - que mantinham cursos de medicina e/ou enfermagem. Em 28 de fevereiro de 1997, a SES/SC criou oficialmente por meio da Portaria n.º 0176, o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família, integrado pelas seguintes entidades: SES/SC, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Universidade Regional de Blumenau (FURB), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma, de Florianópolis, de Joinville, de Blumenau e de Lages. O Pólo de SC foi constituído por uma Comissão Interinstitucional de Estudos de Saúde da Família (CIESF). (UNICAMP/NEPP, 2001).

Em 1997, a partir da implantação do Pólo de Saúde da Família, foram criados cinco Núcleos Regionais de Estudos e Capacitação em Saúde da Família (NRECSF), formados por um representante de cada município que participa do PSF e do PACS, um representante de cada universidade e um representante da SES. Até 2003 a SES foi responsável pela coordenação geral, planejamento, supervisão e avaliação do Pólo; a coordenação dos núcleos regionais esteve sob responsabilidade das universidades. Ao Pólo caberia organizar programas de capacitação e educação permanente para profissionais de saúde da família devendo ser incluídos obrigatoriamente médicos e enfermeiros. Deveria também: implantar, nas instituições de ensino superior, cursos de pós-graduação destinados aos profissionais de saúde da família; propor modificações curriculares voltadas para as estratégias de saúde da família; implantar área de formação ensino-serviço em saúde da família através do desenvolvimento de atividades de articulação docente-assistencial; desenvolver pesquisas na área de saúde da família para avaliação e aperfeiçoamento; e propiciar a mudança do Modelo Assistencial no âmbito da saúde da família. (UNICAMP/NEPP, 2001).

Os projetos eram financiados com recursos do REFORSUS, por meio de convênio, com repasses para o Fundo Estadual de Saúde (FES), gerenciados pela Secretaria de Saúde.

Após três anos de implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, em 2000, o MS encomendou um estudo para

avaliar sua atuação. Foram avaliados os doze primeiros Pólos constituídos, incluindo o Pólo de Santa Catarina.

Os principais resultados dessa avaliação mencionaram alguns problemas relacionados com as diretrizes educacionais para a saúde e a institucionalização do ensino. Alguns resultados recorrentes ou identificados durante o trabalho de campo indicaram a necessidade de soluções para o aprimoramento da formação e educação permanente de pessoal para a Saúde, em geral, e para Atenção Básica:

- identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção inter complementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na Saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da Saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
- estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da Saúde;
- estabelecer relações cooperativas com as outras articulações loco-regionais nos estados e no País. (BRASIL, 2004, p.42).

A partir da institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foram extintos os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, na qual os projetos eram direcionados apenas para os profissionais das equipes de saúde da família. A proposta dos Pólos de Educação Permanente está direcionada para todos os atores do SUS que está fundamentada no ensino, na gestão do SUS, na atenção à saúde e na participação popular.

2.4 A implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS no Brasil e em Santa Catarina

Em fevereiro de 2004, no Governo Federal de Luis Inácio Lula da Silva, tendo como Ministro da Saúde, Humberto Costa, por meio da Portaria n.º 198/GM/MS/04, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

De acordo com a PNEPS, os Pólos constroem a mudança das estratégias de organização e do exercício de atenção. As demandas para capacitação devem ser definidas a partir da origem dos problemas do cotidiano do trabalho na busca por serviços relevantes e de qualidade.

A lógica deste processo é:

Aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que se propiciem: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas. (BRASIL, 2004, p.09).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde integram a política de educação e desenvolvimento para o SUS e devem trabalhar visando à construção da capacidade de pensar e de fazer, tanto a educação profissional quanto o desenvolvimento das equipes de saúde e de todos os atores envolvidos neste processo, sejam nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais.

Considerando aspectos como a concepção dos pólos, o nível de atenção privilegiado, as instituições participantes, o financiamento e a vinculação administrativa dos pólos no MS, verificam-se mudanças importantes nas propostas do modelo anterior de Pólos de Saúde da Família e do modelo atual de Pólos de Educação Permanente, como demonstra o Quadro 1 (BRASIL, 2006, p. 46).

A Portaria do MS 198/04 em seu parágrafo único enfatiza que a condução locorregional da PNEPS será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS com as funções de:

- identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde;
- propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
- estabelecer a pactuação e negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;

- estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (BRASIL, 2004, p.43).

Quadro 1 - Principais características dos Pólos no modelo anterior e no modelo atual

Item	Modelo Anterior (1997-2002)	Modelo Atual (2003-2006)
Nome	Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família.	Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS).
Concepção	Espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de RH em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciavam ou celebravam convênios com SES e/ou MS para implementar programas destinados ao pessoal da saúde da família.	Espaços de diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; lócus para a identificação de necessidades e para construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva da ampliação da qualidade de gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.
Nível de atenção privilegiada	Atenção Básica, com foco nos profissionais do PSF	Todos os níveis de atenção configurando uma cadeia de cuidados progressivos à saúde.
Composição dos Pólos	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores estaduais e municipais de saúde, • Instituições de ensino superior com cursos na área de saúde, • Escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores da SES e SMS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores de saúde e de educação, • Instituições de ensino c/ cursos na área de saúde, • Escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores da SES e SMS, • Núcleos de saúde coletiva, • Hospitais de ensino e serviços de saúde, • Estudantes da área de saúde, • Trabalhadores de saúde, • Conselhos municipais e estaduais de saúde, • Movimentos sociais de políticas públicas.
Financiamento	Recursos federais provenientes do Projeto Reforsus, para financiamento dos projetos de constituição dos Pólos DE saúde da família.	Recursos federais provenientes do Orçamento do MS, com repasse inicial de recursos para financiar os projetos dos PEPS, com critérios e valores definidos a priori (tetos financeiros).
Vinculação administrativa dos pólos no MS.	Departamento de Atenção Básica-Secretaria de Políticas de Saúde	Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde

Fonte: BRASIL, Cadernos de RH em Saúde, 2006, p. 46.

O pólo envolve um conjunto de atores de uma determinada base locorregional, constituindo-se num espaço de negociação, pactuação e construção de consensos do que são problemas e necessidades de natureza pedagógica, bem como as estratégias de enfrentamento dos mesmos.

A criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pretende criar uma nova cultura de busca de consensos, de projetos pactuados com múltiplos interesses, prioriza a escuta da população e dos serviços, democratiza decisões, de projetos interdisciplinares e interinstitucionais. Parte do entendimento que buscar soluções partindo das necessidades e demandas da população e dos serviços caracteriza-se como um processo permanente (Ros, 2004).

Tabela 1: Número de Pólos de Educação Permanente em Saúde, por Unidade da Federação.

Regiões e Unidades da Federação	Número de PEPS
Brasil	96
Região Norte	12
Acre	1
Amazonas	1
Amapá	1
Pará	6
Rondônia	1
Roraima	1
Tocantins	1
Região Nordeste	23
Alagoas	1
Bahia	7
Ceará	4
Maranhão	2
Paraíba	1
Pernambuco	5
Piauí	1
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	1
Região Centro-Oeste	9
Distrito Federal	1
Goiás	5
Mato Grosso	2
Mato Grosso do Sul	1
Região Sudeste	27
Espírito Santo	1
Minas Gerais	13
Rio de Janeiro	5
São Paulo	8
Região Sul	25
Paraná	6
Rio Grande do Sul	7
Santa Catarina	12

Fonte: Site do MS (www.saude.sc.gov.br).

De acordo com as informações do MS no ano de 2004, existiam noventa e seis Pólos de Educação Permanente no Brasil. A Tabela 1 apresenta um mapeamento quantitativo da participação dessas instâncias nos Pólos por unidade da federação. Pode-se verificar que os Estados de Minas Gerais e Santa Catarina constituíram o maior número de Pólos de Educação Permanente.

Neste colegiado, inicialmente foi discutida a idéia de transformar os Núcleos Regionais de Estudos e Capacitação em Saúde da Família (NRECSF) em Pólos de Educação Permanente. Outra idéia apresentada seria utilizar a estrutura administrativa descentralizada organizada pela SES por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e formar 08 (oito) Pólos nos municípios sede das Macrorregiões do Estado.

Porém, foi disseminada a proposta de organização dos pólos de educação permanente em todo o Estado, e foi pactuado neste colegiado, que ficaria a critério de cada região a formação dos projetos de implantação dos pólos. Em 17 de dezembro de 2003 foram aprovadas as propostas de formação de 12 (doze) de Pólos de Educação Permanente no Estado de Santa Catarina, conforme consta na Resolução 009/CES e na Ata do CES de 17/12/2003. (Disponível no site da SES www.saude.sc.gov.br).

Para receber recursos financeiros do MS, os projetos deveriam ser pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Pólo, CIB e CES e posteriormente são encaminhados ao MS. No período de 2004 e 2005, foram apresentados para aprovação no CES e CIB os projetos de implantação dos Pólos de Educação Permanente que constam nas resoluções e nas atas do CES/SC. (Disponível no site da SES www.saude.sc.gov.br).

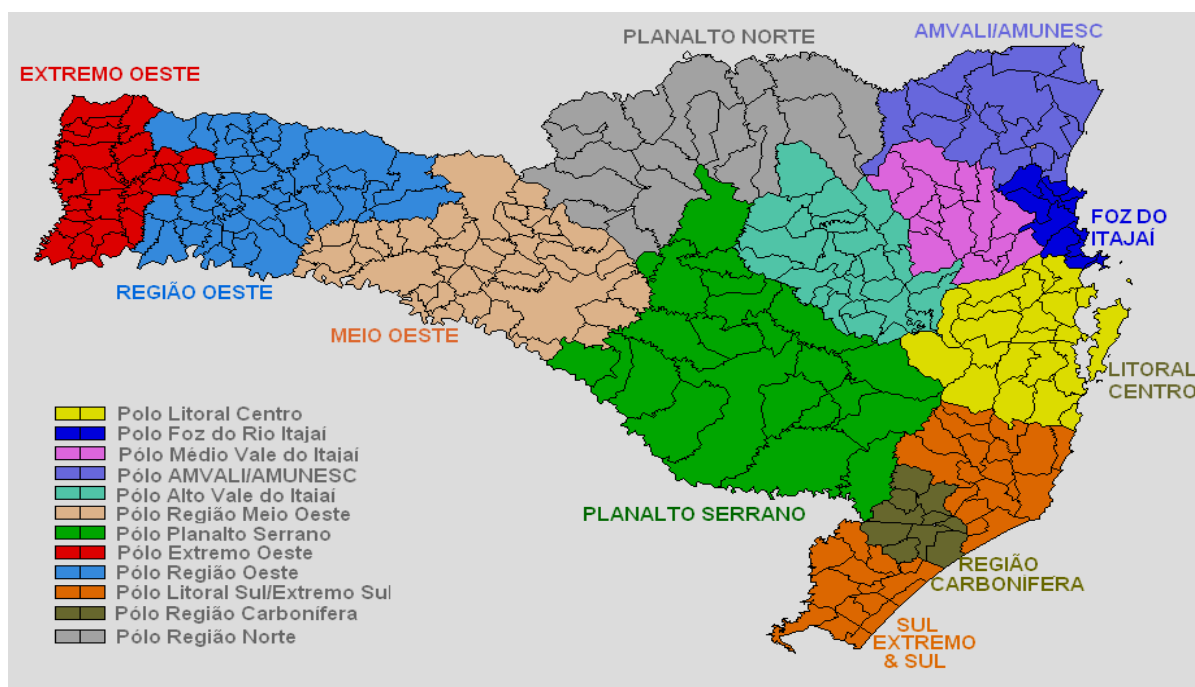


Figura 1: Localização dos Pólos de Educação Permanente (Fonte: Site da SES)

Os 12 Pólos de Educação Permanente de SC são os seguintes:

- 1- Pólo da Região Norte (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 2- Pólo da Região do Alto Vale do Itajaí (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 3- Pólo da Região do Médio Vale do Itajaí (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 4- Pólo da Região AMVALI/AMUNESC (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 5- Pólo da Foz do Rio Itajaí (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 6- Pólo Litoral Sul e Extremo Sul de Santa Catarina (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 7- Pólo do Litoral Centro Catarinense (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 8- Pólo da Região Carbonífera (Aprovado em 31/03/04 pela Resolução 001/CES/2004);
- 9- Pólo da Região Oeste Catarinense (Aprovado em 13/09/04 pela Resolução 008/CES/2004);
- 10- Pólo da Região do Planalto Serrano (Aprovado em 18/01/05 pela Resolução 001/CES/2005);
- 11- Pólo do Extremo-Oeste Catarinense (Aprovado em 26/10/05 pela Resolução 014/CES/2005);
- 12- Pólo da Região Meio-Oeste Catarinense (fase de reformulação).

Com a promulgação da portaria, os membros do Colegiado Estadual Transitório discutiram e construíram o Fórum de Educação Permanente para o SUS, que teve sua posse no dia 15 de julho de 2004. Fazem parte deste Fórum representantes dos doze pólos, representantes da SES, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Educação e COSEMS.

Este fórum tem como objetivos:

- a) articular os Pólos de Educação Permanente;
 - b) fomentar a discussão docente assistencial na rede do SUS;
 - c) articular pesquisas para avaliação do processo de educação permanente;
 - d) disseminar propostas de educação permanente recomendando experiências exitosas;
 - e) acompanhar e avaliar a implantação e implementação das políticas de educação permanente no Estado;
 - f) promover a discussão conceitual sobre a educação permanente no SUS.
- (SES, Regimento Interno do Fórum, 2004).

Esta instância deve ter em mente o compromisso com a mudança, sendo:

Instância agregadora, politizadora e de formulação de princípios e diretrizes para o sistema estadual de saúde, de uma instância que estimula a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação de propostas e a compatibilização das iniciativas com a política nacional e estadual de saúde, atendendo aos interesses e fortalecimento do SUS e sempre respeitando as necessidades locais (BRASIL, 2004, p. 04).

A Portaria 198/GM/MS/04 no seu artigo 08 propõe a constituição de uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade de SGTES.

Nesse sentido, o MS por meio da SGTES/DEGES encomendou uma avaliação dessa política junto a Fundação da Faculdade de Medicina (FFM/USP).

Para tanto, no período de 23 e 24 de novembro de 2006, foi realizada uma Oficina em Brasília, com participação do CONASS, CONASEMS, MS/SGTES/DEGES, para avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, das estratégias dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, bem como, para discussão sobre a minuta de revisão da Portaria 198/2004 apresentada pelo MS e elaboração de propostas. Nesta oficina foi apresentado Relatório da Pesquisa de Avaliação dessa Política realizada pela FFM/USP.

Porém, até março de 2007, esta nova versão da Portaria 198 ainda não estava publicada.

2.5 Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Para o MS, a Educação Permanente em Saúde tem como noção estratégica a formação e desenvolvimento para o SUS que:

Parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (BRASIL, MS, 2004, p. 09).

Em oficina promovida pela Rede Unida (2005, p.1-2) destacou-se que um dos principais desafios aos processos de educação permanente “consiste em articular a visão global do sistema com a análise dos problemas efetivos da prática em contextos específicos”. Num contexto mais amplo, destacaram que os desafios podem ser:

- Precisar melhor os conceitos de educação permanente e educação continuada como “processo que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem”;
- O trabalho como princípio educativo; e
- Construir os espaços possíveis que “conferem à Educação Permanente uma dimensão organizacional do trabalho na direção de construção de organizações aprendentes”.

O MS propõe que os:

Processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. (BRASIL, MS, 200, p.09).

As demandas por capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas de organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade.

Como citado anteriormente, a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, objetivando a democratização institucional e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem e de docência; de enfrentamento criativo das situações de saúde, de trabalhar em equipes matriciais; de melhorar permanentemente a qualidade de cuidado à saúde bem como a construção de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (BRASIL, MS, 2004, p. 09).

Estas são questões políticas que implicam na articulação das instituições de saúde, envolvendo mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente nas pessoas.

A educação permanente tem o trabalho como eixo estruturante do processo de formação e desenvolvimento para as mudanças das práticas, por isso muitos problemas do mundo do trabalho podem ser equacionados nas atividades educativas, pois são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho. Trabalha com a perspectiva de construir capacidade de formação e desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

A instituição de relações entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção visa buscar a interinstitucionalidade, expressa na diversidade de atores sociais envolvidos no processo de educação permanente. Esta multiplicidade de atores existentes implica na negociação e na pactuação necessárias para a implantação e desenvolvimento da política de educação permanente.

A educação permanente está fundamentada no ensino, na gestão do SUS, na atenção à saúde e na participação popular, denominado “quadrilátero da educação permanente” (BRASIL, 2004).

Ceccim & Feuerwerker (2004), julgam necessário pensar subsídios para que se providencie a Educação Permanente em Saúde e apresentam os elementos analisadores que compõem o quadrilátero da formação:

- a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional para uma concepção construtivista; mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
- b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
- d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.166).

O documento “Pólos de Educação Permanente em Saúde, elementos para a discussão de sua gestão e de seu financiamento” (MS, 2004) relata ter acontecido em todo o país grande mobilização em torno da organização dos pólos de educação permanente em saúde e da instituição da política de educação permanente para o SUS, definindo os papéis de cada instância nesse processo.

Nesse documento, o papel do Ministério da Saúde é “o de provocar a abertura para a problematização das propostas e para a ressignificação coletiva na perspectiva da educação permanente e da integralidade em saúde” (BRASIL, 2004, p. 09).

Colocar o conjunto da sua rede em contexto de análise de situação e de proposição crítica para a construção da resposta integral às necessidades dos usuários e para a mais fina e orgânica relação com o aparelho formador e com o controle social local (BRASIL, 2004, p. 08).

Da universidade se espera “o engajamento no desenvolvimento do sistema de saúde em seus componentes de atenção, gestão, ensino e controle social” (BRASIL, 2004, p. 08).

Foram destinados pelo MS aproximadamente quarenta milhões da primeira parcela de recursos para o processo de proposição e execução dos projetos. O valor pactuado seguiu uma série de critérios técnicos para a distribuição de recursos:

- a) relativos à proposta de gestão com ênfase na descentralização do SUS;
- b) relativos ao exercício do controle social;
- c) relativos à capacidade de atenção no âmbito do acolhimento populacional;
- d) relativos à capacidade instalada de docentes e de apoio à produção de conhecimento;
- e) relativo ao tamanho da população geral: densidade demográfica e volume de demandas e
- f) relativo à necessidade de processos de mudanças na graduação. (BRASIL, 2004, p. 11).

O processo de consolidação do preceito constitucional que delega ao SUS a ordenação dos recursos humanos para o sistema está em curso, e é necessário considerar que este não se instituiu automaticamente e nem por decretos e leis. Ampliaram-se os debates, as proposições e as formulações com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Saúde e com a aprovação pelo CNS em 2003 da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Algumas iniciativas de educação na saúde permeada pelo SUS, desencadeadas pelo MS a partir do ano de 2003, podem ser citadas: as vivências e estágios para estudantes de graduação na realidade do SUS (VER-SUS); o SUS e os cursos de graduação na área da saúde (Aprender-SUS); pesquisa sobre o ensino da integralidade em Saúde (EnsinaSUS); incentivo financeiro para projetos de mudança curriculares no curso de medicina (PROMED) e para outras áreas da saúde como enfermagem e odontologia (PROSAÚDE)(CECCIM & CARVALHO, 2005, p. 75).

Conforme apontam Pinheiro e Ceccim (2005 p. 20-21):

No setor da saúde, simultaneamente às lutas por reformas, foram-se acumulando ações propositivas no campo da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores. O modelo hegemônico do ensino em saúde passou a ser objeto de reflexão crítica, tanto pela baixa capacidade de preparar as novas gerações profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde, como pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde.

Existe um processo de mobilização do setor saúde por mudanças curriculares de acordo com as diretrizes do SUS, além de um movimento para romper definitivamente com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico, visando atender aos novos desafios propostos pelo atual sistema de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as propostas de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde no SUS, encaminhadas pelos Pólos de Educação Permanente no período de 2004-2006 no Estado de Santa Catarina.

3.2 Objetivos específicos

- Classificar por área temática os projetos encaminhados pelos Pólos de Educação Permanente e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e Ministério da Saúde (MS) no período de 2004-2006.
- Identificar o público alvo e a origem da demanda dos projetos executados.
- Analisar a metodologia, a carga horária, os objetivos e o conteúdo programático utilizado nos projetos executados.
- Identificar o processo de avaliação previsto nos projetos executados.
- Verificar a adequação dos recursos financeiros dos projetos executados.
- Verificar se os projetos implementados no período de 2004/2006 estão de acordo com os princípios estabelecidos na Portaria do MS nº. 198/2004 e das orientações de validação e acreditação dos projetos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa exploratório-descritiva de análise documental com abordagem qualitativa.

De acordo com Minayo (1994, p.21), a pesquisa qualitativa busca “compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos”.

Segundo Gil (1994 p. 45):

As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionáveis.

Já as pesquisas descritivas, explicitam as características de determinada população ou fenômeno e buscam o estabelecimento de relações entre variáveis.

4.2 Material de Análise

Foram Analisados os Projetos de Educação Permanente encaminhados pelos Pólos, aprovados pelo CES e MS que receberam os recursos financeiros e foram implementados no período de 2004 a 2006. O material inclui também os documentos emitidos pelo MS, SES de Santa Catarina e pelas instituições executoras dos projetos selecionados, tais como as listas de presença, os relatórios, as avaliações dos participantes e dos ministrantes.

4.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados a partir de pesquisa documental.

De acordo com Marconi e Lakatos (1990, p. 57)

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

A análise documental busca identificar, nos documentos, aspectos importantes referentes ao tema estudado e de interesse para o pesquisador.

Segundo Bardin (2004 p. 40), a análise documental consiste em:

Uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência. Tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.

Os documentos onde foi coletado o material para análise foram os vinte e seis Projetos de Educação Permanente encaminhados pelos Pólos, aprovados pelo CES e MS que receberam os recursos financeiros e foram implementados no período de 2004 - 2006. Foram analisados também documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e pelas instituições executoras dos projetos selecionados - listas de presença, relatórios, avaliação dos participantes e ministrantes – sempre que disponibilizados.

Para realização da pesquisa documental foi utilizado um formulário (Apêndice A) de acordo com as seguintes variáveis:

Clientela:

- Número de participantes previsto no projeto.
- Área de atuação no SUS: servidores, usuários, gestores.
- Tipo de curso: capacitação, aperfeiçoamento, especialização, residência, oficina; formação.

Área temática:

- A que serviços e ações do SUS os projetos foram direcionados: gestão do SUS, atenção (básica, média ou alta complexidade), e controle social (educação popular).

Metodologia, carga horária e objetivos:

- Metodologia proposta em relação às necessidades da demanda de saúde a que o projeto se reporta;
- Carga horária proposta para atender a demanda prevista;
- Objetivos propostos e sua relação com aspectos do SUS.

Forma de avaliação dos projetos:

- Como foi o processo de avaliação proposto nos projetos.

Ministrantes:

- Formação e lotação de origem.

Instituições Executoras dos projetos:

- Quais instituições e sua natureza: pública ou privada.

Financiamento:

- Itens orçamentários dos investimentos financeiros dos projetos.

O registro dos dados foi efetuado no formulário específico para a pesquisa documental durante a análise de cada projeto.

4.4 Análise dos Dados

O material coletado na pesquisa documental seguiu o método de tratamento de análise de conteúdo para uma interpretação dos dados. Esta técnica de análise, de acordo com Bardin (2004, p.33), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Segundo Bardin (2004 p. 34) “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção) inferência essa que recorre a indicadores (qualitativos ou não)”.

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, foi utilizada a análise por categorias que funciona “por operações de divisão do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples” (BARDIN, 2004, p. 147).

Operacionalmente, o material foi lido para que os dados fossem ordenados, e em seguida classificados a partir da consideração de sua relevância, sendo então transformados em categorias específicas, que na etapa final de análise foram articuladas aos referenciais teóricos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de forma a responder às questões da pesquisa.

As categorias foram analisadas quanto a: definição da demanda, construção do projeto, áreas temáticas, metodologia, conteúdo programático, clientela, público alvo, forma de avaliação, financiamento e instituições executoras.

4.5 Aspectos Éticos

Foi realizada visita prévia à Secretaria de Estado da Saúde na Diretoria de Desenvolvimento Humano - Divisão de Educação Permanente, para solicitar autorização para utilização dos dados. Foi encaminhado para os Coordenadores dos Projetos selecionados das Instituições Executoras, documento explicando os objetivos e procedimentos necessários e solicitação de autorização para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório Final**. 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde: ano 1, v.1, nº . 1 - A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992)**. Brasília, MS/CGDRH/SUS, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde: v. 2, nº 1 - II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - Relatório Final**. Brasília, MS/CGDRH/SUS, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde – Seminário Internacional**. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 184 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p.20-29.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). **Para entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p.112-119.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 198**, de 13/02/04.

_____. **Pólos de educação permanente em saúde**: elementos para a discussão de sua gestão e de seu financiamento. Brasília, 09 de agosto de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos de RH Saúde – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, E.C. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos de RH Saúde** Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, p.41-53, 2006.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. **Educação na saúde coletiva**. Divulgação Saúde Debate, n.23, p.30-56, dez.2001a.

_____, R. B.; FEUERWERKER, L. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1400-10, 2004b.

_____, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65, 2004c.

_____, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-167, set.2004/fev.2005 d.

_____, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 2005e.

_____, R. B., PINHEIRO, R. MATTOS, R. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

_____, R. B., CARVALHO, Y. M. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec, 2006.

_____, R. B. **Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”:** Desafios para a Educação. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. (Orgs). Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

Conferência Nacional de Saúde (12) 2003. XII Conferência Nacional de Saúde: **Conferência Sérgio Arouca –saúde um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FEUERWERKER, L. C. **Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde**. Olho Mágico, Londrina, v. 8. n. 2, p. 4-6, maio/ago. 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 37. Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

MARCONI, Maria A. e LAKATOS, Eva M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1990.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. Os Economistas, v. 1, tomo I, cap. V.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001 p. 39-64.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface, v.9,n.16,p.161-77,fev. 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994. 269p.

MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso a construção do dissenso.** Rio de Janeiro, 1998, 227p. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NUNES, T. C. M. **Educação continuada: uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS.** Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/Abril. 1993.

PAIM, J., TEIXEIRA, C. **Conjuntura atual e formação de pessoal em saúde: problemas, desafios e oportunidades.** Londrina, 2002. Texto elaborado para o Seminário Nacional da Rede Unida.

PEREIRA, I. B., RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Disponível em: www.redeunida.org.br. Acesso em: agosto 2004.

REDE UNIDA. (s/d).Aliança cooperada (Rede Unida, ENSP, UEL, UFPB). Projeto de desenvolvimento de sistema de educação permanente (Apresentação em power point).

_____(s/d).**A educação permanente em saúde como ferramenta de gestão para a integralidade no SUS.** Disponível em <<http://www.ufmg.br/redeunida/oficinas/OFICINA%2023%20-%20Com%20Logo.doc>>. Acesso em 03/02/06.

ROVERE, M. **Planificación Estratégica de Recursos Humanos em Salut.** Washington: OPS, 1996. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 96)

ROS, M. A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** In: Livro Saúde em Debate na Política na Educação Física, 2004.

ROSCHKE, M. A. C; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. Q. **Educação permanente e trabalho em saúde: um processo em construção.** Tradução: Murilo da Cunha Wanzeler – UFPB-NESC, do original Educación Médica y Salud, v. 27, NO. 4, outubro e dezembro de 1993, em 06/1999.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Recursos Humanos em Saúde. Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Divisão de Educação Permanente. **O Estado de Santa Catarina e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Florianópolis,** 19 de agosto de 2004 (Apresentação em power point).

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Recursos Humanos em Saúde. Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Divisão de Educação Permanente. **Regimento Interno do Fórum de Educação Permanente em Saúde de SC.**

SANTANA, José Paranaguá, CASTRO, Janete de Lima. (Organizadores). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU.** – Natal: EDUFRN, 1999.

SEVERINO, A.J. **Educação, ideologia e contra-ideologia.** São Paulo: E.P.U., 1986.

SOUZA, A. M. A.; GALVÃO, E. A.; SANTOS, I.; ROSCHCKE, M. **Processo educativo nos serviços de saúde.** Brasília: OPS, 1991.

SOUZA, H. M. S. et al. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. **Política de Recursos Humanos em Saúde.** In: Seminário Internacional. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, p.145-155 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UNICAMP – Universidade estadual de Campinas. **Relatório Descritivo de Santa Catarina.** In: Formação de Profissionais para a saúde da Família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF – Etapa 2. Campinas São Paulo, UNICAMP/NEEP, 2001, 403 p.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA PESQUISA DOCUMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

FORMULÁRIO PARA PESQUISA DOCUMENTAL

Tipo de Produto	Classificação	
Clientela	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação • Formação • Pós-graduação • Aperfeiçoamento <ul style="list-style-type: none"> • Especialização • Residência • Oficina <p>Área de atuação no SUS</p> <p>Número de vagas</p>	
Área Temática	<p>A que serviços e ações do SUS os projetos foram direcionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão do SUS • Atenção (básica, média ou alta complexidade), • Controle social (educação popular). 	
Linhas de Apoio	<p>De acordo com as linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em saúde para o SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde • Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada • Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no SUS • Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde. 	
Execução	<p>Carga horária:</p> <p>() 20 a 50 horas</p> <p>() 50 a 100 horas</p> <p>() 100 a 250 horas</p> <p>() 250 a 500 horas</p> <p>() + de 500 horas</p> <p>Período de realização:</p> <p>() diurno</p> <p>() noturno</p> <p>() final de semana</p> <p>() durante o serviço</p> <p>() fora do horário do serviço</p>	<p>Ministrante:</p> <p>() Universidade</p> <p>() Escola Técnica</p> <p>() Serviço</p> <p>Instituição:</p> <p>() Pública</p> <p>() Privada</p> <p>Localização da Instituição: _____</p>
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Origem da demanda: () Gestão do sistema de saúde () Aparelho Formador () Controle Social () Atenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Pedagógicas • Objetivos propostos • Formas de Avaliação • Conteúdo Programático
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Custo: <li style="padding-left: 20px;">Inicial <li style="padding-left: 20px;">Aprovado <li style="padding-left: 20px;">Executado <li style="padding-left: 20px;">Destinação dos recursos financeiros 	

APÊNDICE B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Florianópolis, 18 de setembro de 2006.

Sr(a)

DD Coordenadora do Projeto.....
 Pólo da Região

A mestranda Rozilda dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC desde 2005, está desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de Recursos Humanos. Esse interesse deveu-se à inserção da aluna na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, atuando na Diretoria de Desenvolvimento Humano desde 1995.

Com a mobilização nacional em torno da organização dos pólos de educação permanente em saúde e da instituição da política de educação permanente para o SUS, evidencia-se a necessidade de discussão e pesquisa sobre o tema “**formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde**”. A institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir da Portaria 198/04, remete a alguns questionamentos referentes ao processo de implantação de suas propostas, tais como: A partir de que referências os projetos foram construídos? Como foi e por quem foi detectada a necessidade por capacitação? As instituições formadoras e executoras dos projetos utilizaram a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de ensino-aprendizagem e de produção de conhecimento? Como os recursos financeiros estão sendo investidos?

A pesquisa propõe-se a responder essas questões, com o objetivo de analisar a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS em Santa Catarina.

Para isso, serão analisados os projetos encaminhados pelos Pólos de Educação Permanente para o Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergetores Bipartite (CIB)

e Ministério da Saúde (MS) que foram aprovados e executados no período de 2004 -2006 no Estado de Santa Catarina.

Essa proposta de pesquisa foi apresentada na Reunião do Fórum de Pólos de Educação Permanente de Santa Catarina no dia 03/08/2006, e sua execução foi autorizada pelos presentes nessa reunião.

Considerando os princípios éticos que envolvem a execução de todo trabalho científico, estamos **solicitando sua autorização para utilização** do Projeto sob sua coordenação, bem como as listas de presença, relatórios, avaliação dos participantes e ministrantes, a fim de que a pesquisa possa ser implementada.

O projeto já está disponível na SES-SC, na Diretoria de Desenvolvimento Humano, bastando sua autorização para incluir na pesquisa. Entretanto, os demais documentos estão sob sua guarda e precisam ser disponibilizados para pesquisa, de forma a ser combinada com a pesquisadora.

No prazo de dez dias entraremos em contato para verificar sua autorização e providenciar os encaminhamentos necessários.

Agradecemos sua atenção.

Atenciosamente

Profª Maria Cristina M. Calvo

(orientadora)

PPGSP-UFSC

Rozilda dos Santos

(mestranda)

PPGSP-UFSC



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Portaria N° 198/GM/MS

Em 13 de fevereiro de 2004.

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais,e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando a necessidade do gestor federal do Sistema Único de Saúde formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde;

Considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva;

Considerando a aprovação da proposta do Ministério da Saúde de "Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 04 de setembro de 2003;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003, onde a Educação Permanente constou como viabilidade por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/rodas de gestão);

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003; e

Considerando a Resolução do CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde" como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir 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.

Parágrafo Único - A condução local da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como **Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e local/roda de gestão) com as funções de:**

- I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
- VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;
- VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País.

Art. 2º - *Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS:*

- I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
- II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;
- III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;
- IV. núcleos de saúde coletiva;
- V. hospitais de ensino e serviços de saúde;
- VI. estudantes da área de saúde;
- VII. trabalhadores de saúde;
- VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;
- IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Parágrafo Único - Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões.

Art. 3º - O ***Colegiado de Gestão*** de cada Pólo de Educação Permanente

em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 4º - Nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais.

Parágrafo Único - Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Pólos.

Art. 5º - Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento.

Parágrafo Único - A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS;

Art. 6º - A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde.

§1º - A primeira distribuição de recursos federais será feita de acordo com os critérios e a tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Anexo I desta Portaria), pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004, será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição da próxima distribuição.

§2º - A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Pólo, CIB e CES de cada estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente.

Art. 7º - Os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo II desta Portaria), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

Parágrafo Único – O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído.

Art. 8º - É constituída uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde, que tem como papel fundamental a pactuação em torno das diretrizes políticas gerais e a formulação de critérios para o acompanhamento e a ressignificação dos projetos existentes, bem como para a análise dos novos projetos, sua avaliação e acompanhamento, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (das Secretarias, Agências ou da FUNASA do Ms), do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO I

Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Critérios e valores para Primeira Distribuição de Recursos do Ministério da Saúde para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde

UF / RP *	Critérios para Alocação dos Recursos																Teto Recursos	
	População dos Municípios em Gestão Plena (C1)		Equipe Saúde Família (C2)		Nº Conselheiros de Saúde (C3)		Concentração Equipamentos de Ensino*** (C4)		Unidades de Saúde ** (C5)		População Total 2002 (C6)		Cursos da Área da Saúde (C7)		Coeficiente Estadual - CE			
	Peso	Coef.	Nº ESF	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Pessoas	Coef.	Nº	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dist.	
AC	1	0,016	87	0,005	1	0,016	2	0,126	117	0,005	586.942	0,003	10	0,004	0,027	1.073.636	2,68	
AM	2	0,033	311	0,017	2	0,032	10	0,030	373	0,016	2.961.801	0,017	40	0,017	0,024	970.294	2,43	
AP	2	0,033	34	0,002	1	0,016	3	0,085	179	0,008	516.511	0,003	4	0,002	0,024	944.645	2,36	
PA	4	0,066	357	0,020	2	0,032	7	0,038	996	0,042	6.453.683	0,037	30	0,013	0,038	1.531.678	3,83	
RO	3	0,049	112	0,006	1	0,016	9	0,032	663	0,028	1.431.777	0,008	18	0,008	0,024	949.015	2,37	
RR	2	0,033	72	0,004	1	0,016	1	0,150	83	0,004	346.871	0,002	1	0,000	0,033	1.320.677	3,30	
TO	2	0,033	278	0,015	2	0,032	8	0,034	78	0,003	1.207.014	0,007	21	0,009	0,021	846.161	2,12	
N	16	0,262	1.251	0,069	10	0,161	40	0,495	2.489	0,106	13.504.599	0,077	124	0,054	0,191	7.636.106	19,09	
AL	2	0,033	603	0,033	2	0,032	9	0,030	225	0,010	2.887.535	0,017	27	0,012	0,026	1.049.622	2,62	
BA	2	0,033	1.003	0,055	2	0,032	24	0,015	2.120	0,090	13.323.212	0,076	69	0,030	0,047	1.892.435	4,73	
CE	3	0,049	1.251	0,069	2	0,032	10	0,028	1.166	0,050	7.654.535	0,044	38	0,017	0,045	1.807.764	4,52	
MA	3	0,049	673	0,037	3	0,048	6	0,044	1.064	0,045	5.803.224	0,033	26	0,011	0,042	1.670.153	4,18	
PB	2	0,033	859	0,047	3	0,048	12	0,023	456	0,019	3.494.893	0,020	31	0,014	0,032	1.294.171	3,24	
PE	2	0,033	1.195	0,066	3	0,048	19	0,018	903	0,038	8.084.667	0,046	42	0,018	0,041	1.637.554	4,09	
PI	1	0,016	735	0,040	2	0,032	9	0,030	453	0,019	2.898.223	0,017	54	0,024	0,026	1.058.395	2,65	
RN	2	0,033	536	0,029	2	0,032	6	0,044	586	0,025	2.852.784	0,016	21	0,009	0,030	1.188.198	2,97	
SE	1	0,016	398	0,022	2	0,032	3	0,085	236	0,010	1.846.039	0,011	20	0,009	0,028	1.129.070	2,82	
NE	18	0,295	7.253	0,398	21	0,339	98	0,318	7.209	0,306	48.845.112	0,280	328	0,143	0,318	12.727.362	31,82	
DF	4	0,066	20	0,001	1	0,016	16	0,019	70	0,003	2.145.839	0,012	46	0,020	0,021	851.276	2,13	
GO	2	0,033	841	0,046	3	0,048	15	0,019	434	0,018	5.210.335	0,030	54	0,024	0,033	1.315.424	3,29	
MS	2	0,033	232	0,013	2	0,032	11	0,028	245	0,010	2.140.624	0,012	47	0,020	0,022	878.247	2,20	
MT	2	0,033	359	0,020	2	0,032	6	0,044	586	0,025	2.604.742	0,015	27	0,012	0,028	1.110.020	2,78	
CO	10	0,164	1.452	0,080	8	0,129	48	0,110	1.335	0,057	12.101.540	0,069	174	0,076	0,104	4.154.967	10,39	
ES	4	0,066	326	0,018	2	0,032	15	0,019	654	0,028	3.201.722	0,018	53	0,023	0,032	1.264.021	3,16	
MG	2	0,033	2.442	0,134	4	0,065	78	0,006	3.380	0,144	18.343.517	0,105	261	0,114	0,082	3.268.690	8,17	
RJ	3	0,049	876	0,048	2	0,032	52	0,010	935	0,040	14.724.475	0,084	229	0,100	0,045	1.807.192	4,52	
SP	4	0,066	2.017	0,111	4	0,065	185	0,005	2.511	0,107	38.177.742	0,219	649	0,283	0,098	3.908.499	9,77	
SE	13	0,213	5.661	0,311	12	0,194	330	0,041	7.480	0,318	74.447.456	0,426	1.192	0,520	0,256	10.248.401	25,62	
PR	1	0,016	1.129	0,062	4	0,065	49	0,010	1.844	0,078	9.798.006	0,056	201	0,088	0,049	1.944.154	4,86	
RS	1	0,016	522	0,029	4	0,065	31	0,013	1.665	0,071	10.408.540	0,060	169	0,074	0,041	1.636.004	4,09	
SC	2	0,033	949	0,052	3	0,048	22	0,014	1.500	0,064	5.527.707	0,032	105	0,046	0,041	1.655.233	4,14	
S	4	0,066	2.600	0,143	11	0,177	102	0,037	5.009	0,213	25.734.253	0,147	475	0,207	0,131	5.235.392	13,09	
BR	61	1,000	18.217	1,000	62	1,000	618	1,000	23.522	1,000	174.632.960	1,000	2.293	1,000	1,000	40.000.000	100,00	

* UF = Unidade Federada e RP = Região Política

** Postos e Centros de Saúde

*** Instituições de Ensino com Curso de Saúde (MEC) + ETSUS + ESP - Inverso até o Limite/teto 0,0150

Calculo para nº Conselheiros/peso

Formula Peso

0 - 1031 1 3461 - 5890 3

20*(C1+C2)+15*(C3+C4+C5)+10*(C6)+5*(C7)

1032 - 3460 2 5891 4

100

ANEXO II

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (*onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações*).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) 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.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- ⇒ transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;
- ⇒ estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;

- ⇒ instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;
- ⇒ construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locais e regionais;
- ⇒ avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutive.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino,

colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locais/regionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e

os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo 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.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as "locorregionalizações".

2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

- I. apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado – áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);
- II. estabelecer-se como articulação interinstitucional local/regional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);
- III. configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;
- IV. constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;
- V. estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir

- quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- VI. comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;
 - VII. estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;
 - VIII. constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;
 - IX. referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;
 - X. reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
 - XI. estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O **Colegiado de Gestão** de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições

que aderirem à proposta.

Pode contar com um **Conselho Gestor** que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma **Secretaria Executiva**, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se *estende às e extrapola as* estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de "filiação" a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, **comitês temáticos**, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartilhar o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3. Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

- I. mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;
- II. induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);
- III. formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);
- IV. formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);
- V. estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4. Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725
70058-900 - Brasília /DF
Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862
e-mails: degex@saude.gov.br / sgtes@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

- I. apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;
 - II. apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;
 - III. apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;
 - IV. explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;
 - V. explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;
 - VI. explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;
 - VII. explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;
-
- I. anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual,

serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de término de cada ação), plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site:

<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp>

Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

- IX. anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:
- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
 - cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;
 - se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;
 - se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;
 - cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;
 - cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);
 - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações:

<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp>

Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada localidade (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de equidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. **Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subsequentes.**

Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito local não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos

recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da “vida real” nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

- I. população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);
- II. número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);
- III. número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).
- IV. inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);
- V. número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);
- VI. população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);
- VII. número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): $CE = \frac{20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7}{100}$		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as localidades dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada localidade, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos estados:

- I. população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;
- II. número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;
- III. número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais;
- IV. inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);
- V. número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;
- VI. população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorialização do

município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

- VII. número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base *per capita*, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um *País de Todos*.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I – Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;
2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;
3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III – Atividades:

- ⇒ Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;
- ⇒ Estruturação de recursos e programas de educação à distância;
- ⇒ Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2. Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I – Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o

exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;
2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
3. Residências Integradas em Saúde;
4. Pós-Graduação;
5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;
6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;
8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);
9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);
10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;
11. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;
12. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III – Atividades:

- ⇒ Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;
- ⇒ Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional

- em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;
- ⇒ Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
 - ⇒ Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
 - ⇒ Formação de outros técnicos em saúde;
 - ⇒ Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;
 - ⇒ Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I – Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);
2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;
3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;
6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;
7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

III – Atividades:

- ⇒ Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;
- ⇒ Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;
- ⇒ Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;
- ⇒ Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I – Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;
2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;
4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III –Atividades:

- ⇒ Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;
- ⇒ Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);
- ⇒ Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;
- ⇒ Especialização em educação de profissionais de saúde;
- ⇒ Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;
- ⇒ Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;
- ⇒ Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- ***Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.***
- ***Os documentos estarão à disposição também no Site www.saude.gov.br/sgtes .***
- ***Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.***

(Diário Oficial da União nº 32/2004, secção I)

APÊNDICE C - DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****AUTORIZAÇÃO**

Na qualidade de coordenador/titular dos direitos de autor do projeto abaixo citado, sob pena de responsabilidade exclusiva, de acordo com a Lei n. 9610/98, autorizo a Mestranda **Rozilda dos Santos**, a utilizar, em caráter gratuito e por tempo determinado, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral do projeto, para fins de leitura e análise, bem como as listas de presença, relatórios, avaliação dos participantes e ministrantes, a partir desta data, a título de investigação e a fim de que a pesquisa possa ser implementada, para a construção de Dissertação de Mestrado, intitulada: **“Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no SUS: análise dos Projetos dos Pólos de Educação Permanente de Santa Catarina”**, junto ao Departamento de Saúde Pública - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Nome:
Título do Projeto:
Pólo da Região

Florianópolis, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do Coordenador/Autor: _____
CPF: _____

PARTE 2: ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

***Formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em
saúde no SUS em Santa Catarina - Brasil***

***Formatado de acordo com as normas da Revista
“Panamericana de Salud Pública”, com os resultados da
pesquisa.***

ARTIGO – Formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde no SUS em Santa Catarina - Brasil

Rozilda dos Santos - Universidade Federal de Santa Catarina.

Maria Cristina Marino Calvo - Universidade Federal de Santa Catarina.

Elza Berger Salema Coelho – Universidade Federal de Santa Catarina.

Correspondência: Maria Cristina Marino Calvo – Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública. Campus Universitário s/n, Trindade, Florianópolis, SC. CEP – 88035-350. e-mail: mcmcalvo@ccs.ufsc.br; mcmcalvo@terra.com.br.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Analyze the training and development of Human Resources in Health in Santa Catarina, in the period of 2004 and 2006, based on the projects accepted at the Centers of Permanent Health. **METHOD:** Documentation analysis, with a classification based on the analysis of content, of the twenty five projects accepted and implemented in the period. The data was analyzed in three categories: proposal, development, and operationalization. **RESULTS:** Project proposal: the thematic area “Health Care” had 18 projects – 50% in training, 33% in graduation, and 17% in technical education. Most (60%) of the projects were elaborated by universities and technical schools. Project Development: 3 projects do not include SUS in their objectives, 16 pointed to polemical methodology, 6 proposed evaluation of the course and of the students, and 6 did not address evaluation. The average time was 361 hours, ranging from 8 to 1800 hours. Operationalization: the private universities carried out 60% of the projects; 64% of the projects were with the area Linha de Apoio “Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada”. **CONCLUSIONS:** Results suggest an imbalance in the participation of the actors of the four areas within Permanent Education. Elaborating guidelines and training the actors in the elaboration of projects following the directives of the policy of permanent education may be alternatives to guarantee projects with the real needs of the population, of management, and of social control.

Keywords: Training of Human Resources, Human Resources in Health, Professional Education in Public Health.

Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no SUS em Santa Catarina/Brasil.

Rozilda dos Santos²; Elza Berger Salema Coelho¹; Maria Cristina Marino Calvo³

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde em Santa Catarina, no período de 2004 a 2006, a partir dos projetos aprovados nos Pólos de Educação Permanente. **MÉTODOS:** Análise documental, com categorização orientada pela análise de conteúdo, dos vinte e cinco projetos aprovados e implementados no período. Os dados foram analisados em três categorias: proposta, desenvolvimento e operacionalização dos projetos. **RESULTADOS:** Proposta do Projeto: A área temática “Atenção à Saúde” teve 18 projetos - 50% em capacitações; 33% em pós-graduação; e 17% em formação técnica. A maioria (60%) dos projetos foi elaborada pelas Universidades e Escolas Técnicas. Desenvolvimento do Projeto: 3 projetos não incluem o SUS nos objetivos, 16 indicaram metodologia problematizadora; 6 propuseram avaliação do curso e dos alunos, e 6 não fizeram referência à avaliação. A carga horária foi de 361 horas em média, variando de 8 a 1800 horas. Operacionalização do Projeto: as universidades privadas executaram 60% dos projetos; 64% dos projetos foram da Linha de Apoio “Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada”. **CONCLUSÕES:** Evidenciou-se desequilíbrio na participação dos atores do quadrilátero da Educação Permanente. Elaborar um roteiro e capacitar os atores na elaboração de projetos de acordo com as diretrizes da política de educação permanente podem ser alternativas para garantir projetos com as reais necessidades da população, da gestão e do controle social.

PALAVRAS-CHAVE: Formação de Recursos Humanos, Recursos Humanos em Saúde, Educação Profissional em Saúde Pública.

² Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil (UFSC). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

³ Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil (UFSC). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Enviar correspondência para essa autora no seguinte endereço: Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública. Campus Universitário s/n, Trindade, Florianópolis, SC. CEP – 88035-350. e-mail: mcmcalvo@ccs.ufsc.br; mcmcalvo@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

A análise histórica do tema “Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde” e das principais idéias apresentadas nas Conferências Nacionais da Saúde e de Recursos Humanos em Saúde indica que, apenas nos anos 80 foram estruturadas ações, movimentos de reflexão, e produção de espaços de mobilização para o processo de reforma e reordenamento do sistema de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, proporcionou formulações para a área de recursos humanos em saúde, com destaque para a urgência na adequação da formação profissional às necessidades das demandas reais do setor (1, 2, 3, 4).

A “I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde” (CNRHS - 1986) detalhou e propôs uma agenda para a política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS (2). A política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, até então, não era explicitada e sistematizada em relação aos aspectos administrativos e às estratégias de formação, educação continuada e pesquisas. Cada instituição do setor obedecia a normas, diretrizes e estratégias diferentes, decorrentes do caráter fragmentado do modelo de assistência à saúde da época (2).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação dos seus recursos humanos. Com esta incumbência legal, o processo de formação dos profissionais de saúde deixou de ser responsabilidade apenas das instituições de ensino. O artigo 27 da Lei 8080/90 determina que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento ao objetivo de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”(5).

Na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1993) foram apresentadas as propostas de regulamentação imediata dessas questões, pois o SUS não havia assumido, até aquele momento, a atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos em saúde e não existia uma política nacional institucionalizada para esta área (3).

Em 1997 o Ministério da Saúde instituiu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente, para preparar profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao novo modelo de atenção preconizado pela Estratégia de Saúde da Família. As ações de capacitação e formação eram limitadas, preparavam apenas uma parcela dos profissionais que atuavam no SUS e aconteceram de forma fragmentada e pontual (6).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS - 2003) estabeleceu os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PNGTES). A XII CNS de 2003 reiterou aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social do SUS a imediata adoção dos termos dessa política. Ela pretende ser um instrumento efetivo para a consolidação do SUS, para o comprometimento dos trabalhadores com os serviços públicos de saúde e para o cumprimento das responsabilidades sociais das instituições formadoras de recursos humanos para a saúde (7, 9).

Nesse contexto, o MS instituiu a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, idealizada como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, por meio da organização e atuação dos Pólos de Educação Permanente (8).

Pólos de Educação Permanente em saúde para o SUS.

Os Pólos são instâncias de articulação interinstitucional da política de educação e desenvolvimento para o SUS e visam a construção da capacidade de pensar e de fazer, tanto a educação profissional quanto o desenvolvimento das equipes de saúde e de todos os atores envolvidos neste processo, sejam nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais. Envolvem o conjunto de atores de uma determinada base locorregional, constituindo-se num espaço de negociação, pactuação e construção de consensos do que são problemas e necessidades de natureza pedagógica, bem como as estratégias de enfrentamento dos mesmos (8).

Para Ros (10) a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS cria uma nova cultura de busca de consensos, de projetos pactuados com múltiplos interesses, prioriza a escuta da população e dos serviços, democratiza decisões, de projetos interdisciplinares e interinstitucionais. Em 2004 existiam noventa e seis Pólos de Educação Permanente no Brasil, 12 deles no Estado de Santa Catarina.

Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS

A Política de Educação Permanente tem como proposta contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas na área da saúde, com a pretensão da organização dos serviços. Para Knechel (11), a Educação Permanente pode levar o homem situar-se melhor na sociedade deste novo século. Junto a outros recursos culturais e tecnológicos, a Educação Permanente pode suscitar novas políticas sociais e humanas, transformar idéias em práticas sociais educativas e constituir-se, desse modo, em mediadora

nas intervenções pertinentes ao desenvolvimento social e democrático do cidadão brasileiro, da América e do mundo.

Nesse sentido, a implementação desta política, requer uma articulação entre os sistemas de saúde e de educação para formar trabalhadores do SUS com ênfase na integralidade da atenção à saúde. Feuerwerker (12) salienta que o arranjo de novos cenários no campo de ensino pode desempenhar papel relevante e imprescindível na mudança do perfil dos profissionais formados. As diretrizes do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizam que as escolas devem formar de acordo com as necessidades de saúde. Nesse sentido, precisa assumir sua atribuição de formar e preparar profissionais de saúde comprometidos com os desafios que permeiam o SUS.

O estabelecimento de relações entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção visa buscar a interinstitucionalidade, expressa na diversidade de atores sociais envolvidos no processo de educação permanente. Esta multiplicidade de atores existentes implica na negociação e na pactuação necessárias para a implantação e operacionalização da política de educação permanente. A educação permanente está fundamentada no “quadrilátero da educação permanente”, formado por ensino, gestão do SUS, atenção à saúde e participação popular (13). O Quadrilátero da Formação busca a análise da educação dos profissionais de saúde, das práticas de atenção à saúde, da gestão setorial e da organização social.

Com a articulação entre essas instâncias, a Educação Permanente em Saúde visa desencadear uma dinâmica social entre os atores envolvidos para construção de novos conhecimentos e de práticas inovadoras oriundas do cotidiano do trabalho na saúde, na perspectiva de fortalecer o SUS.

O objetivo dessa pesquisa foi analisar as propostas de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde no SUS, por meio dos projetos encaminhados pelos Pólos de Educação Permanente no período de 2004-2006 no Estado de Santa Catarina. Teve a finalidade de subsidiar a discussão sobre o processo de implantação das propostas no Estado de Santa Catarina e verificar se os mesmos estão de acordo com as diretrizes preconizadas por esta política e em que aspectos os projetos devem ser aprimorados.

METODOLOGIA

Essa pesquisa descritivo-exploratória foi desenvolvida a partir de análise documental, e a sistematização dos dados deu-se a partir da análise de conteúdo, proposta por Bardin (14).

A fonte dos dados foram cento e um projetos encaminhados pelos doze Pólos de Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina no período de fevereiro de 2004 a julho de 2006.

Na pré-análise realizou-se a leitura flutuante dos projetos com a finalidade de selecionar aqueles que constituiriam o material de análise. Os critérios de seleção incluíram: serem projetos direcionados para a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde; serem aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde e Ministério da Saúde; terem recebido recursos financeiros e terem sido implementados durante o período pesquisado. Dentre os 101 (cento e um) foram selecionados 25 (vinte e cinco) projetos. No período definido para o estudo, dezessete deles foram concluídos e oito estavam em execução.

Os coordenadores dos projetos selecionados autorizaram sua análise e utilização na pesquisa mediante termo de consentimento. Os dados coletados foram ordenados em uma planilha eletrônica e posteriormente classificados em três categorias de análise, com as subcategorias apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Categorias e subcategorias de análise dos projetos apresentados.

<p>PROPOSTA:</p> <p>Clientela: número de participantes previstos no projeto e área de atuação no SUS.</p> <p>Área temática: a que serviços e ações do SUS os projetos foram direcionados: gestão do SUS, atenção à saúde, e controle social (educação popular).</p> <p>Tipo de curso: capacitação e aperfeiçoamento; especialização e residência; oficina; formação.</p> <p>Elaboração da proposta: foi elaborada em qual ponta do “quadrilátero da formação”: ensino; gestão do SUS; atenção à saúde ; participação popular.</p>
<p>DESENVOLVIMENTO:</p> <p>Metodologia, carga horária, e objetivos: se a metodologia é a preconizada; qual a carga horária proposta para atender a demanda prevista; se os objetivos propostos incluem os princípios e diretrizes do SUS.</p> <p>Forma de avaliação dos projetos: qual processo de avaliação proposto nos projetos.</p>
<p>OPERACIONALIZAÇÃO:</p> <p>Instituições Executoras dos projetos: quais instituições; natureza pública ou privada.</p> <p>Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS: classificação dos projetos de acordo com as quatro linhas de apoio definidas pelo MS na Portaria 198/GM/MS/04 para aprovação dos recursos financeiros.</p> <p>Financiamento: proposta financeira apresentada e o valor aprovado pelo MS.</p>

A coleta de dados foi orientada por um formulário de variáveis e categorias de análise. Além dos vinte e cinco projetos autorizados, também foram analisados documentos legais

emitidos pelo MS, tais como: a Portaria 198/GM/MS/04 e seus anexos, que instituiu a PNEPS; a planilha de acompanhamento da liberação dos recursos financeiros; as Resoluções do Conselho Estadual de Saúde que aprovaram a implantação dos Pólos; as Resoluções do Conselho Estadual de Saúde que aprovaram os projetos de Educação Permanente; e planilhas de acompanhamento dos projetos da SES da Saúde de Santa Catarina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os projetos apresentaram-se concentrados no Médio Vale do Itajaí (6 projetos) e no Litoral Sul e Extremo Sul (4 projetos), regiões que concentram universidades e escolas de saúde pública.

Categoria “Proposta do Projeto”

A análise da área de atuação da clientela nos vinte e cinco projetos adotou como critério de classificação a indicação predominante na proposta. Assim, foram identificadas nove categorias, como seguem:

- Agente Comunitário de Saúde: 2 capacitações; 1 formação; 1360 vagas;
- Ampliado (atenção, gestão e controle social): 1 capacitação; 560 vagas;
- Atores do Pólo de EP: 2 oficinas; 80 vagas;
- Conselheiros de Saúde: 1 oficina; 90 vagas;
- Equipe de Saúde da Família: 4 capacitações; 470 vagas;
- Gestores de Sistemas de Saúde: 1 oficina; 100 vagas;
- Graduados da Saúde: 1 capacitação; 3 especializações; 2 residências; 468 vagas;
- Ações específicas: 2 capacitações; 1 especialização; 2 formações; 235 vagas;
- Profissionais da Saúde e Educação: 2 capacitações; 119 vagas.

Quanto à área temática, seis projetos estão relacionados à gestão, dezoito à atenção, e um ao controle social. Apesar da Resolução 354, de 14 de setembro de 2005, que reforça a Educação Permanente no controle social do SUS, a distribuição nas áreas temáticas indica a precária inserção dessa área nos processos educativos. Essa mesma observação é ressaltada no relatório final da pesquisa “Análise da Política de Educação permanente em saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo MS” (14). Em sua maioria, os projetos analisados contemplam trabalhadores da rede de atenção básica, sendo que estudantes, gestores e controle social foram pouco contemplados.

Os projetos classificados como do tipo “capacitação” foram maioria - doze projetos. As residências e as formações apresentaram pequeno número – dois projetos em cada. Da

mesma forma, as vagas ficaram concentradas nas capacitações e outros eventos de curta duração, representando 65% do total de vagas ofertadas. Houve uma tendência para projetos elaborados pelo aparelho formador, incluindo universidades e escolas técnicas - quinze projetos (Tabela 1).

Tabela 1: Número de cursos e vagas segundo Tema, Tipo e Elaboração do projeto.

TEMA	TIPO	ELABORAÇÃO DO PROJETO						<i>Total</i>	
		Ap. formador		Gestão		Pólo de EP		<i>Cursos</i>	<i>Vagas</i>
		Cursos	Vagas	Cursos	Vagas	Cursos	Vagas		
Controle Social	Oficina	1	90	-	-	-	-	1	90
Gestão	Capacitação	1	65	2	590	-	-	3	655
	Oficina	-	-	-	-	3	180	3	180
Atenção	Capacitação	6	644	2	240	1	450	9	1334
	Especialização	3	276	-	-	1	50	4	326
	Formação	2	825	1	30	-	-	3	855
	Residência	2	42	-	-	-	-	2	42
Total		15	1942	5	860	5	680	25	3482

Os dados indicam que 60% dos projetos foram elaborados pelo aparelho formador, sugerindo que, naquele momento, eram os espaços formais de ensino que apresentavam maior agilidade e experiência para a execução de projetos voltados para a formação. Vieira (15) corrobora essa análise, ressaltando a desigualdade de situação nos pólos, com maior poder político das universidades para articular as propostas.

Uma preocupação decorrente dessa concentração no aparelho formador é o cumprimento da expectativa da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de “ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais” (8). Para assegurar essa recomendação, os colegiados de gestão dos Pólos de Educação Permanente em Saúde devem viabilizar a problematização das prioridades e demandas daquela região, e não simplesmente aprovar ou não projetos apresentados pelas instituições aos Pólos (8, 9). A PNEPS preconiza que as propostas sejam construídas coletivamente e de forma ascendente, partindo da análise dos processos de trabalho, identificando os problemas enfrentados na atenção, gestão, na formação e no controle social.

Essa idéia aparece na justificativa de dois projetos pesquisados:

A Universidade por sua vez, que executará a proposta, também se encontra esperançosa, pois entende que vê formatando-se uma proposta real que permitirá um interagir entre formação e atuação nos serviços de atenção básica (Projeto 1).

A educação permanente para os profissionais do SUS é absolutamente necessária para mudança nas práticas reais dos serviços de saúde através da reflexão da sua própria práxis, onde o aprender e ensinar são incorporados no cotidiano das organizações e do trabalho (Projeto 2).

Para Ribeiro (16), a idéia de parceria entre instituições formadoras e serviços está relacionada à reflexão sobre as estratégias de construção do conhecimento profissional, associada à criação de novas práticas em saúde, como espaço de inovação das vivências de ensino-aprendizagem e de mudança na rede do cuidado em saúde. E para legitimar esta relação entre ensino e serviço é necessário repensar conteúdos, forma de estruturação curricular, as práticas de formação e a construção do conhecimento com base em sua relevância social.

Categoria “Desenvolvimento do projeto”

Os objetivos apresentados nos projetos foram analisados na sua relação com o SUS - seus princípios e diretrizes. Todos foram parciais nessa abordagem, sendo que três projetos não fizeram qualquer menção ao SUS em seus objetivos.

Tabela 2: Número de cursos e percentual de carga horária segundo Metodologia e Avaliação utilizadas.

AVALIAÇÃO	METODOLOGIA				<i>Total</i>	
	Problematização		Não Identificada			
	Cursos	%Carga horária	Cursos	Carga horária	Cursos	Carga horária
a) nenhuma	3	6,8%	3	2,6%	6	5,6%
b) só de alunos	6	53,0%	5	56,7%	11	54,0%
c) só do curso	2	1,4%	-	-	2	1,00%
d) de alunos e do curso	5	38,8%	1	40,7%	6	39,4%
Total	16	100,0%	9	100,0%	25	100,0%

Na análise da proposta metodológica, dezesseis projetos identificaram a problematização como metodologia a ser utilizada, embora apareça com outras nomenclaturas como: tecnologia de planejamento participativo, dialética, educação em serviço, crítico social, metodologias ativas, dialógica. Os nove projetos que não identificaram a metodologia adotada concentraram 2.595 vagas em cinco capacitações, duas especializações e duas oficinas. (Tabela 2)

A opção metodológica é apresentada em trechos dos projetos, tais como:

Metodologia Dialética deverá ser o eixo norteador, tendo como ponto de partida à realidade, a problematização desta realidade, a instrumentalização teórico/prática, a instituição de novos saberes e uma realidade renovada (Projeto 09).

O curso visa formar profissionais de saúde, através da educação em serviço (aprender-fazendo), buscando qualificá-los para o desempenho de suas atividades no SUS, visando o alcance das competências técnica, política e ética da ESF (Projeto 12).

A proposta metodológica busca direcionar a compreensão entre teoria e prática, trabalhando as contradições entre pensar/fazer e a necessidade de refletir criticamente as questões do trabalho, nos serviços de saúde contemplando assim a formação por e para competência (Projetos, 17,18 e 19).

A estratégia metodológica do curso está embasada na integração ensino-serviço. A metodologia problematizadora, que considera os alunos sujeitos do seu próprio aprendizado; partindo das experiências vivenciadas na realidade local [...] (Projeto 22).

Campos (17) declara que o processo de formação dos atores envolvidos na área da saúde não acontece apenas nos espaços formais de ensino e não depende apenas de livros e professores; no mundo do trabalho acontecem processos de formação organizados e incorporados como processo de educação permanente nas práticas das unidades de saúde. O autor enfatiza que o dispositivo forte dessa política refere-se à proposta pedagógica, baseada na aprendizagem significativa, que valoriza a metodologia construtivista e parte dos problemas reais vivenciados no cotidiano do mundo do trabalho.

A análise da forma de avaliação nos projetos denuncia a fragilidade conceitual sobre esse aspecto na ação educativa. Seis projetos não fazem referência à avaliação; treze projetos falam de avaliação pontual, relacionada à frequência, assiduidade, conhecimento, pontualidade, aplicada por um instrumento específico no final do evento. Apenas seis projetos propuseram avaliação do curso e dos alunos.

Barboza (18), analisando 65 projetos do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo refere 55% de projetos com alguma forma de avaliação, mas apenas 10 cursos com clara relação entre a avaliação proposta e os objetivos do curso. O autor conclui que há uma dissociação entre o processo de planejamento dos cursos e a avaliação pedagógica.

A educação permanente pressupõe a continuidade dos processos educativos com reflexão crítica, por meio de avaliação sistemática e permanente dos resultados e do impacto das ações educativas realizadas sobre as práticas de trabalho na saúde. Para identificar os efeitos das ações desenvolvidas por estes projetos, os mesmos deveriam apresentar os mecanismos de avaliação permanente das ações previstas, os resultados esperados e os

indicadores que poderão reconstruir práticas e fortalecer a educação permanente na região. Alguns projetos apresentaram resultados esperados e indicadores de ação, mas não explicitaram os mecanismos de avaliação.

Ao final do curso o aluno deverá ser capaz de: reconhecer a necessidade de fundamentar sua prática assistencial, numa perspectiva humanística (Projeto 10).

Sensibilização da equipe gestora (Projeto 20).

Articulação interinstitucional entre os diversos atores que compõem o Pólo (Projeto 21).

Categoria “Operacionalização do projeto”

A distribuição por instituição executora demonstrou concentração nas universidades, com 14 projetos executados por universidades privadas e 4 por universidade pública. Diferentemente, o relatório dos projetos aprovados pelo MS entre junho de 2004 e junho de 2005 sugeriu haver equilíbrio entre as instituições públicas e privadas na execução dos projetos (16). Por outro lado, a pesquisa realizada na região da grande São Paulo, para o mesmo período, demonstrou que 58% dos projetos foram conduzidos por instituições privadas (18).

De qualquer forma, o que se observa é que são as universidades e escolas técnicas as principais executoras dos projetos de educação permanente. Estas instituições são as mais experientes em solicitar recursos financeiros para área da saúde, principalmente para a formação técnica, especialização e residência. Muitas delas já possuem projetos elaborados aguardando incentivo financeiro para sua execução. Outrossim, educação é a função precípua dessas instituições, e por isso se justifica essa predominância.

Dentre as quatro linhas estabelecidas pelo MS para Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, observou-se em Santa Catarina 64% dos projetos nas ações da “Linha de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada”. Esses projetos foram direcionados para atenção básica, para ambulatórios de especialidades ou para hospitais de ensino, com ênfase em Saúde da Família. Esse resultado demonstra a preocupação em atender a orientação do MS quanto à estratégia para a mudança no modelo assistencial do SUS por meio da saúde da família.

O valor total de recursos aprovados pelo MS para execução dos 25 projetos é de quase seis milhões de reais, distribuídos conforme apresentado na Tabela 3. Para essa análise foram excluídas as duas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, uma realizada em universidade pública e outra em universidade privada. Esses dois projetos concentraram R\$ 3,2 milhões, correspondendo a 54% do total de recursos do MS para os 25

projetos analisados. O valor médio por vaga nesses cursos foi de R\$74.000,00 (setenta e quatro mil reais) por aluno.

Observa-se maior concentração na “Linha de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a Clínica Ampliada”, com o maior custo médio por evento. Todavia, o maior custo médio por vaga foi para “Incentivo à Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais”, que teve apenas um evento.

A reestruturação curricular pretende estabelecer mudanças na formação profissional [...] Este projeto estará capacitando docentes e discentes à quebra dos paradigmas vigentes no modelo tradicional de educação e de saúde [...] (Projeto 5).

Tabela 3 – Eventos, vagas e recursos financeiros aprovados para os Projetos por Pólo de EP pelo MS segundo linha de apoio e Instituição Executora.

ITEM	Instituição	LINHAS DE APOIO EP				Total
	Executora	1	2	3	4	
Eventos	Privada	3	9	2	1	15
	Pública	-	5	3	-	9
	Total	3	14	5	1	23*
Valor MS (R\$)	Privada	367.926,50	1.045.628,93	101.657,87	159.020,00	1.674.233,30
	Pública	-	885.033,25	197.109,39	-	1.082.142,64
	Total	367.926,50	1.930.662,18	298.767,26	159.020,00	2.756.375,94
Valor médio por evento (R\$)	Privada	122.642,17	116.180,99	50.828,94	159.020,00	111615,55.
	Pública	-	177.006,65	65.703,13	-	135.267,83
	Total	122.642,17	363.990,99	59.753,45	159.020,00	119.842,43
Vagas	Privada	675	1430	140	54	2299
	Pública	-	976	165	-	1141
	Total	675	2406	305	54	3440
Valor médio por vaga (R\$)	Privada	545,08	731,21	726,13	2.944,81	728,24
	Pública	-	906,80	1.194,60	-	948,42
	Total	545,08	2.154,59	979,56	2.944,81	801,27

* Os dois projetos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram excluídos da tabela para análise de financiamento.

Fonte: MS/SGTES/Planilha de Acompanhamento das Ações do PEPS/SC – Julho/2006 SES/SC - DDH/DEP - Julho/2006

- 1 - Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para EP em Saúde
- 2 - Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de saúde para Clínica Ampliada
- 3 - Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no SUS
- 4 - Incentivo à Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais

As instituições públicas tiveram sempre ou quase sempre um valor médio por evento e por vaga superior ao das instituições privadas. Isso é decorrente do tipo de projeto executado: nas universidades públicas e nas escolas técnicas públicas são mais frequentes os cursos de formação e de especialização, com tempo maior de duração e menor número de alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As orientações e diretrizes para a Política de Educação Permanente em Saúde, do anexo II da Portaria GM/MS/198/04 estabelecem que a negociação de iniciativas inovadoras deveria acontecer em cinco campos de atuação: transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escolas; estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção e saúde a população; instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS; construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais e avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança. Os projetos trazem no discurso teórico a intencionalidade de um processo de mudança, mas percebe-se deficiência nos processo de avaliação dos resultados descritos nos projetos para após a execução.

A expectativa do MS com a implantação desta política era a institucionalização de relações permanentes entre as estruturas de gestão, as instituições de ensino, os órgãos do controle social e as ações e os serviços de atenção à saúde, visando ruptura com a lógica da compra de pacotes de projetos de educação na saúde. A observada concentração de propostas oriundas das instituições de ensino demonstra a necessidade de estratégias para o fortalecimento da participação dos outros atores do quadrilátero da educação permanente: gestão do SUS, atenção à saúde e controle social. Outra questão importante refere-se aos aspectos necessários para a análise de um projeto de educação permanente. Nesse sentido, recomenda-se a elaboração de um roteiro explicativo com os elementos indispensáveis nos projetos de educação permanente. Além disso, a capacitação desses atores para elaboração de projetos de acordo com as diretrizes propostas por esta política - transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tendo como referência as reais necessidades da população, da gestão e do controle social.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde: ano 1, v.1, nº . 1 - A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992)**. Brasília, MS/CGDRH/SUS, 1993.
2. _____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório Final**. 1986.
3. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde: v. 2, nº 1 - II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - Relatório Final**. Brasília, MS/CGDRH/SUS, 1994.
4. _____. CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 8, 1986. **Anais**. Brasília: Centro.
5. _____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p.20-29.
6. SOUZA, H. M. S. et al. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. In: Seminário Internacional. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, p.145-155 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. ROS, M. A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. In: Livro Saúde em Debate na Política na Educação Física, 2004.

11. KNECHTEL, M. R. **Educação permanente**: da reunificação alemã e reflexões e práticas no Brasil. 3. ed. Curitiba: UFPR, 2001.
12. FEUERWERKER, L. C., **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 3, 1998.
13. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65, 2004c.
14. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 2004.
15. VIEIRA, M. et al. **Análise da Política de Educação permanente em saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo MS**. Relatório da Pesquisa, Escola Politécnica DE Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ, RJ, 2006.
16. RIBEIRO, E. C. O. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS et al (Org.). **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004. Cap. 13 p 285-303.
17. CAMPOS, G.W.S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: **Cadernos de RH Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, p.55-59, 2006.
18. BARBOZA, R et al. **A Avaliação pedagógica nos cursos do Pólo de Educação Permanente na Grande São Paulo: fragilidades e desafios**. Anais do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. ABRASCO, Salvador, 2007.

ANEXO:

Normas da revista

Objetivos

A **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health** é a principal revista de informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, substituindo os antigos **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** e **Bulletin of the Pan American Health Organization**. A revista é um importante veículo para divulgar os avanços mais recentes da pesquisa em saúde pública nas Américas, em função dos objetivos fundamentais da OPAS: promover as ações e coordenar os esforços dos países da Região para preservar a saúde, combater as doenças, prolongar a vida e estimular a melhoria da qualidade física, mental e social de seus habitantes.

A Revista objetiva divulgar informações de interesse para a saúde pública, sobretudo as relacionadas com os programas de cooperação técnica da Organização, bem como notícias sobre políticas, ações e resultados da própria OPAS e dos Estados Membros na busca por melhorar as condições de saúde e fortalecer o setor de saúde em todo o hemisfério.

Crítérios para a aceitação de manuscritos

A RPSP/PAJPH reserva todos os direitos legais de reprodução de seu conteúdo. Os manuscritos aprovados para publicação somente são aceitos com o entendimento de que não tenham sido publicados, parcial ou totalmente, em nenhuma outra parte e de que não o serão republicados sem a autorização expressa da OPAS. Os artigos serão considerados simultaneamente para publicação em inglês, espanhol ou português (ver seção II.C - Idioma).

A seleção do material proposto para publicação se baseia nos seguintes critérios gerais: grau de prioridade do tema para a Organização e os Estados Membros; solidez científica, originalidade, atualidade e oportunidade da informação; possibilidade de que a experiência descrita seja aplicável em âmbito regional e não somente no lugar de origem; respeito às normas de ética médica no que se refere à experimentação com seres humanos e animais; respeito pelos Estados Membros e pelos povos que representam; variedade dos temas e da procedência geográfica da informação. A aceitação ou recusa de um manuscrito depende de um processo de seleção objetivo que está descrito mais adiante (ver seção II.O - Processo de seleção).

Enfatiza-se especialmente a importância de que o trabalho tenha uma apresentação apropriada (forma de abordar o problema proposto e plano para alcançar o objetivo do estudo), uma vez que as falhas nesse aspecto invalidam toda a informação e são a causa mais freqüente da recusa de manuscritos.

Os manuscritos apresentados em reuniões e conferências não os qualificam necessariamente como artigos científicos, já que não se ajustam aos objetivos e estrutura requeridos. Não são aceitos artigos sobre resultados preliminares, mas somente os definitivos. Em geral, tampouco

são aceitos artigos destinados à publicação em série relacionados a diversos aspectos de uma única investigação.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade, não refletindo necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-Americana da Saúde, nem dos Estados Membros. A menção de determinadas sociedades comerciais ou do nome comercial de certos produtos não implica que a OPAS os aprove ou recomende preferencialmente a outros similares.

Conteúdo da revista

Os artigos originais sobre saúde pública e disciplinas afins formam a parte principal da RPS/PAJPH, em particular os relacionados com a meta "saúde para todos no ano 2000". Informações sobre os princípios, decisões e resultados da Organização também são publicadas.

Entre os temas específicos que são abordados figuram os de saúde materna e infantil, doenças transmissíveis, doenças crônicas, alimentação e nutrição, prevenção de acidentes, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde dos idosos, assistência aos incapacitados, saúde dental, higiene ambiental, desastres, saúde pública veterinária, epidemiologia, estatística sanitária, informática, pesquisa e tecnologia, informação científica e técnica, administração, legislação, políticas, planejamento estratégico, sistemas e serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e custos, participação comunitária, educação para a saúde, coordenação intersectorial e muitos outros.

O conteúdo é organizado da seguinte forma:

1. **Reflexões do Diretor.** À moda de editorial, divulga os princípios políticos da Organização, as tendências atuais e prioridades da saúde pública na Região das Américas.
2. **Artigos.** Podem ser informes de pesquisas originais, revisões críticas, revisões bibliográficas ou comunicações de experiências particulares aplicáveis em âmbito regional. Ocasionalmente, são publicadas comunicações breves com o objetivo de divulgar novas técnicas ou metodologias ou resultados que ofereçam interesse particular.
3. **Temas da atualidade.** Esta seção inclui comentários de menor extensão que os artigos, relatos de experiências e acontecimentos nacionais e regionais, informes sobre o desenvolvimento de projetos e programas, resultados de reuniões, simpósios e conferências nos quais participam a Organização e os países membros, bem como outras comunicações relativas à prática da saúde.
4. **Instantâneas** (somente em espanhol). Nesta seção aparecem resumos de artigos recém-publicados em outras revistas destacadas ou em jornais, assim como *press releases*. Os materiais são selecionados segundo a sua pertinência no contexto da saúde pública da Região.
5. **Publicações.** Aqui são apresentados pequenos resumos de novas publicações, assim como resenhas esporádicas de livros recém-publicados sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de

sua competência, com o entendimento de que a sua publicação é responsabilidade da equipe editorial e dependerá em grande medida da observação das normas para a redação de resenhas. Estas serão enviadas por correio sob solicitação.

6. **Cartas.** Cartas dirigidas à Redação são publicadas com a intenção de esclarecer, discutir ou comentar de maneira construtiva as idéias expostas na RPS/PAJPH. Devem ser assinadas pelo autor, e incluir sua afiliação profissional e endereço completo.

Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação

A. Especificações

A RPS/PAJPH segue, em geral, as normas definidas no documento "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (5a. ed., 1997). Tais normas são conhecidas também como "normas de Vancouver" (ver Bibliografia).

A seguir, são oferecidas instruções práticas para elaborar o manuscrito, ilustradas com exemplos representativos. Os autores que não obedecerem as normas de apresentação se expõem à recusa imediata de seus artigos.

B. Envio do manuscrito

O original, três cópias e um disquete com o texto completo do manuscrito (ver seção II.E - Extensão e apresentação) devem ser enviados ao Chefe do Programa de Publicações e Serviços Editoriais (DBI), que acusará o recebimento do manuscrito mediante carta ao autor.

C. Idioma

A RPS/PAJPH publica artigos em espanhol, inglês e português, embora sejam aceitos manuscritos redigidos em qualquer dos idiomas oficiais da OPAS (inglês, francês, português e espanhol). É recomendado encarecidamente aos autores que escrevam em sua língua materna; o uso inadequado de uma língua estrangeira obscurece o sentido e enfraquece o rigor científico.

Os artigos selecionados para a RPS/PAJPH nem sempre serão publicados no idioma em que foram originalmente escritos; o idioma de publicação será decidido segundo a procedência do público para o qual o conteúdo apresente maior interesse científico e prático.

D. Direitos de autor (Copyright)

Cada artigo deverá ser acompanhado de uma declaração especificando que o manuscrito não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão da OPAS ser conhecida. Os autores anexarão ainda uma declaração assinada indicando que, se o manuscrito for aceito para publicação, os direitos de autor pertencerão à OPAS.

Solicita-se aos autores que incluam informações completas sobre qualquer bolsa de estudos ou subvenções recebidas da OMS, da OPAS ou de outro organismo para custear o trabalho no qual o artigo é baseado.

Os autores assumirão a responsabilidade de obter as permissões necessárias para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais. O manuscrito deverá ser acompanhado da carta original outorgando essa permissão; nela deverá ser especificado com exatidão o número do quadro ou figura ou o texto exato que será citado e como será usado, além da referência bibliográfica completa (ver seção II.J - Referências bibliográficas).

Somente devem constar como autores aqueles que tenham participado diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo, e que poderão ser publicamente responsabilizados pelo seu conteúdo. A inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento ou outras razões não científicas, constitui falta de ética.

E. Extensão e apresentação

O manuscrito completo não deverá exceder 15 folhas tamanho carta (8,5 x 11") ou ISO A4 (212 x 297 mm). Estas devem ser datilografadas com tinta preta em um só lado do papel, com espaço duplo ou triplo e com margens superior e inferior de cerca de 4 cm. As margens direita e esquerda deverão medir pelo menos 3 cm. As palavras não deverão ser hifenizadas ao final das linhas. As páginas deverão ser numeradas sucessivamente. O original deverá ser acompanhado de três cópias de boa qualidade. Não serão aceitas cópias feitas com carbono.

Dá-se preferência aos manuscritos preparados em computador ou processador de textos, sendo que uma versão em disquete (de 3,5" ou 5,25") deve ser enviada junto com a versão final impressa. Embora seja aceito qualquer equipamento compatível com IBM ou Macintosh, o melhor programa é Microsoft Word. O autor deve indicar o programa que foi usado na elaboração do artigo.

Não serão aceitos manuscritos que não cumpram as especificações aqui detalhadas. No caso de trabalhos ou citações traduzidos, em parte ou na sua totalidade, uma cópia do texto no idioma original deverá acompanhar o manuscrito.

Os artigos aceitos serão submetidos a um processamento editorial que pode incluir, se necessário, a condensação do texto e a supressão ou adição de quadros, ilustrações e anexos. A versão editada será remetida ao autor para sua aprovação.

F. Título e autores

O título deve limitar-se a 10 palavras, se possível, e não deve exceder 15. Deve descrever o conteúdo de forma específica, clara, breve e concisa. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas deverão ser evitados. Um bom título permite aos leitores identificar o tema facilmente e, além disso, ajuda aos centros de documentação a catalogar e classificar o material com exatidão.

Imediatamente sob o título, deverão figurar o nome e o sobrenome de cada autor, bem como o nome da instituição em que trabalha. A RPSP/PAJPH não publica os títulos, distinções acadêmicas etc. dos autores.

É preciso informar o endereço completo do autor principal ou daquele que deverá se encarregar de responder toda a correspondência relativa ao artigo. Se uma caixa postal for usada, também é necessário indicar outro endereço onde possa chegar um serviço de entrega comercial.

G. Resumo e palavras-chave

Cada trabalho, incluindo as comunicações breves, deverá ser acompanhado de um resumo — de cerca de 150 palavras se for descritivo, ou de 250 se for estruturado — que indique claramente: a) os propósitos do estudo; b) lugar e datas de sua realização; c) procedimentos básicos (seleção de amostras e métodos de observação e análise); d) resultados principais (dados específicos e, se for o caso, sua interpretação estatística); e e) as principais conclusões. Deve-se enfatizar os aspectos novos e relevantes.

Nenhuma informação ou conclusão que não apareça no texto deverá ser incluída. É conveniente redigi-lo em estilo impessoal e não incluir abreviaturas, remissões ao texto principal ou referências bibliográficas.

O resumo permite aos leitores determinar a pertinência do conteúdo e decidir se lhes interessa ler o documento em sua totalidade. De fato, é a única parte do artigo que muitas pessoas lêem e, junto com o título, a que é incluída nos sistemas de disseminação de informação bibliográfica, como o Index Medicus.

Depois do resumo, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas devem ser indicadas para fins de indexação em bases de dados como o Index Medicus, cuja lista "Cabeçalhos de assuntos médicos" (*Medical Subject Headings*) deve servir de guia.

H. Corpo do artigo

Em geral, os trabalhos que apresentam pesquisas ou estudos se dividem nas seguintes seções correspondentes ao chamado "formato IMRED": introdução, materiais e métodos, resultados e discussão. Os trabalhos de atualização e revisão bibliográfica costumam requerer outros títulos e subtítulos de acordo com o conteúdo.

No caso das comunicações breves, as divisões habituais deverão ser suprimidas, mantendo-se entretanto essa seqüência no texto.

I. Notas de rodapé

São as explicações que, num tipo de letra menor, aparecem na parte inferior de uma página. Serão utilizadas para identificar a afiliação (instituição e departamento) e endereço dos autores e algumas fontes de informação inéditas (ver seção J.4 - Fontes inéditas e resumos). Essas notas deverão ser separadas do texto mediante uma linha horizontal e identificadas por números consecutivos ao longo do artigo, colocados como expoentes.

J. Referências bibliográficas

São essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas provenientes de pesquisas, estudos e experiências anteriores; para apoiar os fatos e opiniões

expressos pelo autor, e orientar o leitor interessado a informar-se com maior detalhe sobre determinados aspectos do conteúdo do documento.

Com exceção dos artigos de revisão bibliográfica e das comunicações breves, a RPSP/PAJPH requer de 10 a 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas. Os artigos de revisão em geral terão um maior número de fontes, e as comunicações breves, um máximo de 15.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, da seguinte forma:

"Observou-se (3, 4) que..."

Ou:

"Vários autores (1-5) assinalaram que..."

A lista de referências deverá ser numerada consecutivamente seguindo a ordem das citações no texto. Por sua vez, as fontes bibliográficas consultadas mas não citadas no texto serão denominadas "bibliografia" e serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores.

A lista de referências ou a bibliografia deverá ser apresentada em folhas separadas, ao final do artigo, e elaborada de acordo com as normas descritas a seguir.

1. Artigos de revistas. É necessário fornecer a seguinte informação: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que foi publicado (sublinhado ou em itálico); ano; volume (em números arábicos), número (pode ser omitido se a revista tiver paginação contínua ao longo de um volume) e páginas inicial e final. Toda a informação será apresentada na língua original do trabalho citado. Os seguintes exemplos ilustram o "estilo de Vancouver" para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas que devem ser observadas.

a. Autores individuais. Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores deverão ser mencionados; se são mais, a expressão "et al." deverá ser usada. Exemplos:

Brownie C, Habicht JP, Cogill B. Comparing indicators of health and nutritional status. *Am J Epidemiol* 1986;124:1031-1044.

Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Determinants of the geographic variation of invasive cervical cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:15-25.

b. Artigos que possuem várias partes

Fitzharding PM, Stevens EM. The small-for-date infant: II, neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972; 50:50-57.

c. Autor corporativo. Se consta de vários elementos, mencionar da maior para a menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, os trabalhos sem autor podem ser atribuídos ao organismo responsável:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:287-295.

d. Artigo sem autor dentro de uma seção regular de uma revista:

World Health Organization. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 1992;70:17-22.

e. Tipos especiais de artigos e outras comunicações. São indicados entre colchetes:

Wedeen RD. In vivo tibial XFR measurement of bone lead [editorial]. *Archives Environ Health* 1990; 45:69-71.

f. Suplemento de um volume:

Maheshwari RK. The role of cytokines in malaria infection. *Bull World Health Organ* 1990; 68 (suppl):138-144.

2. Trabalhos apresentados em conferências, congressos, simpósios etc. Somente devem constar nas referências se as atas correspondentes tiverem sido publicadas.

Koeberle F. Pathologic anatomy of entero-megaly in Chagas' disease. *Proceedings of the 2nd biennial meeting of the Bockus Alumni International Society of Gastroenterology*, Rio de Janeiro. 1962;92-103.

3. Livros e outras monografias. Deverão ser incluídos os sobrenomes e iniciais de todos os autores (ou editores, compiladores etc.) ou o nome completo da entidade coletiva; título sublinhado (ou em itálico); número da edição; lugar de publicação, casa publicadora e ano. Quando procedente, os números do volume e as páginas consultadas deverão ser acrescentados, assim como a série a que pertence e o seu número correspondente na série.

a. Autores individuais:

Eisen HN. *Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of immune response*. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974: 215-217.

b. Autor corporativo que é também editor:

World Health Organization. *The SI for the health professions*. Geneva: WHO; 1977.

c. Como citar um capítulo:

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974:457-472.

d. Como indicar o número de volumes ou citar um volume em particular:

Pan American Health Organization. Volume II: *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO;1990. (Scientific publication 524).

Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524; 2 vol).

e. Como citar um volume que tem título próprio:

World Health Organization, Volume 2: *Instruction manual*. In: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

f. Atas publicadas de congressos, simpósios, conferências etc.:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology*. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974: 44-46.

g. Informes e documentos completos sem autor. Somente serão oferecidos detalhes sobre informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, título completo, cidade, ano e número. Se possível, deve-se dar a fonte do documento. Exemplos:

National Center for Health Services Research. *Health technology assessment reports*, 1984. Rockville, Maryland: National Center for Health Services Research; 1985; DHHS publication no (PHS) 85-3373. Available from: National Technical Information Service, Springfield, VA 22161.

4. Fontes inéditas e resumos (abstracts). Não são consideradas referências apropriadas os resumos (*abstracts*) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para publicação, as teses quando ainda são inéditas e os trabalhos não publicados mesmo que tenham sido apresentados em conferências. Excetuam-se os artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo). Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas, deve-se mencioná-las no texto (entre parênteses) ou como notas de rodapé. A citação no texto deverá ser feita da seguinte maneira:

Observou-se¹ que . . .

e ao pé da mesma página do manuscrito aparecerá a nota correspondente:

¹ Herrick JB, [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrick papers. [1923]. Located at: University of Chicago Special Collections, Chicago, Illinois.

No caso de artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo), deve-se seguir o exemplo:

It has been demonstrated (Little DA, Ecology Center of New York, unpublished observations, 1990) that . . .

5. Comunicações pessoais. Devem ser incluídas unicamente quando oferecerem informação essencial não obtível de uma fonte pública. Somente figuram no texto entre parênteses, sem nota de rodapé, da seguinte forma:

Dr. D.A. Little (Ecology Center of New York, personal communication, 1991) has pointed out that . . .

6. Outros materiais. Devem seguir em geral as indicações para referenciar um livro, especificando sua procedência (autores ou entidade responsável), título, tipo do material, local de publicação e data. Também devem ser descritos os sistemas necessários para o uso de informação em formatos eletrônicos.

a. Videocassetes:

World Health Organization. *Before disaster strikes* [videocassette]. Geneva: WHO; 1991.

b. Diapositivos (slides):

Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation [slide show]. Washington DC: The Academy; 1988. [54 slides and a guide by HC Pillsbury and ME Johns].

c. Programas de computador:

Wechsler interpretation system [computer program]. Wakefield, Rhode Island: Applied Innovations; 1983. [1 diskette; 1 guide].

d. Audiocassetes:

Clark RR, et al, eds. American Society for Microbiology prods. *Topics in clinical microbiology* [audiocassette]. Baltimore: Williams and Wilkins; 1976. [24 audiocassettes: 480 min; accompanied by 120 slides and one manual].

e. Bases de dados / CD-ROMs:

Compact library: AIDS [CD-ROM database updated quarterly]. Version 1.55a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 compact disk; operating system: IBM PC, PS/2 or compatible; 640K memory; MS-DOS 3.0 or later].

f. Sites na Internet:

Pritzker TJ. *An early fragment from Central Nepal* [Internet site]. Ingress Communications. Available: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Accessed 8 June 1995.

g. Materiais instrucionais:

Card No. 8 Use of cervical mucus examination as a method for avoiding pregnancy. In: World Health Organization and Blithe Centre for Health and Medical Education. *Education on family fertility: instructional materials on natural methods of family planning for use by educators* [pamphlets, cards, and posters]. Geneva: WHO; 1982.

K. Quadros (ou tabelas)

Os quadros são conjuntos ordenados e sistemáticos de valores agrupados em linhas e colunas. Devem ser usados para apresentar informação essencial de tipo repetitivo — em termos de variáveis, características ou atributos — em uma forma facilmente compreensível para o leitor. Podem mostrar frequências, relações, contrastes, variações e tendências mediante a apresentação ordenada da informação. Devem ser compreensíveis por si mesmos e complementar — não duplicar — o texto. Os quadros não devem conter excesso de informação estatística porque resultam incompreensíveis, diminuem o interesse do leitor e podem chegar a confundi-lo.

Cada quadro deve ser apresentado em uma folha separada ao final do artigo, e ser identificado com um número correspondente. Deverá apresentar um título breve e claro de maneira que o leitor possa determinar sem dificuldades quais dados foram tabulados e o que indicarão, além do lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) deve ser indicada claramente quando forem utilizadas. Somente devem ser deixados em branco os espaços correspondentes a dados que não são aplicáveis; se falta informação porque não foram feitas observações, os espaços deverão ser preenchidos por um pontilhado.

Linhas verticais não deverão ser usadas, assim como somente três horizontais deverão aparecer: uma após o título, outra após os cabeçalhos de coluna e a última ao final do quadro, antes das notas, se houver. As chamadas para as notas ao final do quadro deverão ser feitas mediante letras colocadas como expoentes, em ordem alfabética; cifras, asteriscos ou outros símbolos quaisquer não deverão ser utilizados com esse propósito.

As comunicações breves poderão apresentar até o limite máximo de dois quadros ou figuras.

L. Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos lineares, mapas, fotografias etc.) devem ser utilizadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. Devem ser fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. As figuras deverão ser apresentadas em forma de desenhos manuais ou fotografias em branco e preto em papel brilhante, ou geradas por computador. Os desenhos e legendas devem ser bem elaborados para que possam ser reproduzidos diretamente; deverão ser enviados entre folhas de papelão duro que os protejam durante o transporte. Todas as figuras deverão ser perfeitamente identificadas no verso. Seus títulos serão tão concisos quanto possível e, ao mesmo tempo, bastante explícitos. Notas não deverão ser utilizadas na figura, mas a fonte deverá ser indicada no caso de haver sido retirada de outra publicação.

Os títulos de todas as figuras deverão ser anotados em ordem numérica numa folha separada. Se houver espaço suficiente, a explicação dos gráficos ou mapas poderá ser incluída dentro da própria figura, mas se não for possível, será incorporada ao título da figura. Os mapas e desenhos apresentarão uma escala em unidades SI (ver seção II.N - Unidades de medida).

As fotografias são preferíveis em branco e preto, devendo ter grande nitidez e excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fonte de origem e data. Cada fotografia deverá ser identificada no verso com um número e incluir um título claro e breve. Essa informação deverá ser escrita numa etiqueta adesiva no verso da fotografia.

O excesso de quadros, material gráfico ou ambos diminui o efeito que se deseja alcançar. Essa razão, mais o fato de que os quadros e ilustrações são custosos e ocupam muito espaço, obriga a uma seleção cuidadosa para realçar o texto.

M. Abreviaturas e siglas

Serão utilizadas o menos possível. É preciso definir cada uma delas na primeira vez em que aparecer no texto, escrevendo o termo completo e em seguida a sigla ou abreviatura entre parênteses, por exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Serão citadas em espanhol ou português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou sejam conhecidas internacionalmente por suas siglas não espanholas ou portuguesas (UNICEF), ou se refiram a substâncias químicas cujas siglas inglesas estejam estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), e não HC. (Ver também a seção II.N - Unidades de medida).

N. Unidades de medida

Deverão ser usadas as unidades do Sistema Internacional (SI), que é essencialmente uma versão ampliada do sistema métrico decimal (ver bibliografia).

De acordo com esse sistema, os símbolos das unidades não são expressos no plural (5 km e não 5 kms), nem são seguidos de ponto (10 mL e não 10 mL.), salvo se estiverem no final de uma frase e que por razões ortográficas deverão levá-lo. Em português, os números decimais são expressos usando-se a vírgula. As cifras devem ser agrupadas em trios, dispostos à direita e à esquerda da vírgula decimal, e separados entre si por um espaço simples. Não devem ser separados por nenhum sinal de pontuação.

Forma correta:

12 500 350 (doze milhões quinhentos mil trezentos cinquenta)

1 900,05 (mil novecentos e cinco centavos)

Formas incorretas:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

O. Processo de seleção

Os manuscritos recebidos passam por um processo de seleção mediante o sistema de arbitragem por especialistas na matéria. Numa primeira revisão, é determinado se o manuscrito obedece os critérios gerais descritos anteriormente. Na segunda revisão, são examinados o valor científico do documento e a utilidade de sua publicação; esta parte é responsabilidade de profissionais especialistas no tema, que avaliam os manuscritos independentemente.

Na terceira revisão, baseando-se nos critérios gerais, no valor científico do artigo e na utilidade de sua publicação, toma-se uma decisão que pode ser: recusa, em cujo caso o documento é devolvido ao autor; aceitação condicional, segundo a qual se solicita ao autor

para redigir um novo texto revisado, incorporando os comentários e recomendações dos especialistas; ou aceitação definitiva.

Os textos revisados são submetidos a uma quarta revisão para verificar se as condições e exigências feitas na aceitação condicional foram cumpridas; se sim, o manuscrito é aceito de forma definitiva; do contrário, é recusado.

Toda decisão é comunicada por escrito ao autor com a maior rapidez possível. O prazo depende da complexidade do tema e da disponibilidade de revisores especialistas.

P. Publicação do artigo aceito

Os manuscritos serão aceitos com o entendimento de que o editor se reserva o direito de fazer revisões visando uma maior uniformidade, clareza e conformidade do texto com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão editados e enviados ao autor responsável pela correspondência para que responda às perguntas ou esclareça dúvidas editoriais, aprove as correções. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores, razão pela qual estes deverão ler detidamente o manuscrito editado. Recomenda-se enfaticamente a devolução do manuscrito aprovado pelo autor no prazo indicado na carta que o acompanha, para que a programação do número correspondente da revista possa ser cumprida. Salvo circunstâncias excepcionais, decorrem aproximadamente três meses entre a data do recebimento do artigo aprovado pelo autor e sua publicação.

Q. Exemplares enviados ao autor

O autor receberá 10 exemplares da revista em que aparece seu artigo tão logo seja publicada.

Bibliografia

American Medical Association. *Manual for authors and editors: editorial style and manuscript preparation*. 7th ed. Los Altos, California: Lange Medical Publications; 1981.

Day RA. *How to write and publish a scientific paper*. 3rd ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

Fishbein M. *Medical writing: the technique and the art*. 4th ed. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher; 1972.

Huth EJ. *How to write and publish papers in the medical sciences*. 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

Huth EJ. *Medical style and format: an international manual for authors, editors and publishers*. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 2282-2286.

Riegelman RK, Hirsch RP. *Studying a study and testing a test: how to read the medical literature*. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1989.

Style Manual Committee, Council of Biology Editors. *Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers*. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

World Health Organization. *The SI for the health professions: prepared at the request of the thirtieth World Health Assembly*. Geneva: WHO; 1977.

PARTE 3: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incluindo as recomendações da pesquisadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de consolidação do preceito constitucional que delega ao SUS a ordenação dos recursos humanos para o sistema está em curso, e é necessário considerar que este não se institui automaticamente e nem por portarias, decretos e leis.

Todos os atores e instituições devem assumir seu compromisso com a qualificação permanente dos trabalhadores de saúde, com vistas à transformação das práticas do cuidado em com qualidade da assistência à saúde da população.

Acredito que um grande desafio para a efetivação desta Política, está na relação entre os serviços de saúde *versus* formação profissional, considerando que em algumas instituições formadoras, ainda é permeada pelo modelo biomédico, baseada na assistência individual, curativa, com ênfase na doença e na atenção hospitalar. Assim, os profissionais inseridos no SUS na sua maioria, ainda não estão qualificados para atuarem com a prática integral e humanizada.

O enfrentamento desse desafio, por meio da Política de Educação Permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, requer ampliação de debates, no âmbito de todos os atores envolvidos com o quadrilátero da formação, proposições e formulações de estratégias inovadoras, avaliação e monitoramento desse processo.

A reflexão sobre a formação e desenvolvimento dos trabalhadores e atores do SUS, acredita-se que deverá ser permeada por uma postura investigativa e dialógica com a realidade e com os outros atores do processo, pois, como bem referenciou Freire ²¹, “ensinar exige apreensão da realidade, não para nos adaptarmos a ela, mas para transformá-la, para nela intervir, recriando-a; desenvolvendo a capacidade de aprender.”

A partir desse contexto, recomendamos a extensão e o aprofundamento deste estudo por meio de outros objetos de investigação que permeiam esta Política de Educação Permanente, visto que, sua implementação, dentro de uma análise histórica, ainda é recente, e necessita estabelecer comparações para avaliar seus resultados e impactos na qualidade da atenção de saúde prestada aos cidadãos do SUS.

Pelos dados apresentados nesta pesquisa, ainda temos muito que avançar, tanto na articulação política entre os distintos atores que fazem parte das instituições envolvidas com o quadrilátero da formação, e principalmente na apropriação da concepção de educação

permanente em saúde, como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, para alcançarmos as transformações das práticas em saúde.