

Barros Calife Batista, Karina; Janeiro Gonçalves, Otília Simões
Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado
Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp. 884-899
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263680007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado

Education of Health Professionals for the SUS: meaning and care

Karina Barros Calife Batista

Mestre em Medicina Preventiva. Assessora Técnica em Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola Barra Funda da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Paulo Vieira, No. 383/2301, Sumaré, CEP 01257-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: kcalife@saudesp.gov.br

Otilia Simões Janeiro Gonçalves

Educadora em Saúde Pública. Diretora Técnica de Departamento de Saúde, Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos do Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Cefor/CRH/SES.

Endereço: Rua Dona Inácia Uchoa, 572, Vila Mariana, CEP 04021-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: osimoes@saudesp.gov.br

Resumo

Formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. A mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde também se tem mostrado necessária. Este artigo pretende fazer uma breve recuperação histórica dos marcos das propostas de educação na saúde para profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial no Estado de São Paulo, nos últimos anos e discutir as possibilidades de inserir metodologias ativas de ensino-aprendizagem em seu contexto. Para isso, discutimos a necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema. Isso requer mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, lentas, conflituosas e complexas. O significado da formação e a qualificação do cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde. O ideal de profissional que queremos para o nosso Sistema de Saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho. Precisamos recuperar esses valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores, nas universidades. Este é o nosso desafio.

Palavras-chave: Formação de Recursos Humanos; Educação Permanente em Saúde; Metodologias ativas de ensino aprendizagem; Cuidado; Gestão do Cuidado.

Abstract

Educating professionals to work in health systems has always been a challenge. Great changes in methodologies that have been traditionally used are needed. Strategies to bring about concrete situations faced by professionals, managers and users in the real world are required to overcome problems in health care as well as to improve the quality of the care that is provided for citizens. Changes in the academic education of both students and teachers in the field of health have also been pointed as a necessity. This article presents a brief review of recent proposals for the health education of the professionals of *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazil's National Health System) and intends to discuss the possibilities of introducing problem-based learning methodologies in this context. It is also debated how important it is to closely relate health professional education to both users and system needs. This requires difficult, slow, conflicting and complex institutional, professional and personal changes. The meaning of education and the qualification of care must be central elements of the educational processes for health professionals. The professionals we want in our Health Care System are probably much closer than we imagine, if the needs and creativity of each one are recognized, since many of them started their professional lives based upon values and meanings that, sometimes, are lost in the way. We need to recover them in our work environment, educational centers and universities. This is our challenge.

Keywords: Human Resources Education; Problem-Based Learning; Education, Continuing; Health Education; Patient-Centered Care.

Olho para a Educação com olhos de cozinheira e me pergunto: Que comidas se Preparam com os corpos e mentes... nesse caldeirão chamado Escola? Porque educação é isso: um processo de transformações alquímicas que acontece pela magia da palavra. Que prato se pretende servir? Que sabor está sendo preparado? Para que se educa? É isso que aprendi com as cozinheiras: que é preciso pensar a partir do fim. Os saberes são coisas boas. Os saberes devem nos dar razão para viver.

Rubem Alves

As discussões sobre a necessidade de um sistema de saúde mais justo, que se organize levando em consideração a equidade, as necessidades regionais e dos usuários, com a saúde como direito, não são de hoje. Desde a década de 1970, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, se propõe à sociedade uma mudança na organização do sistema de saúde vigente (Brasil, 1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980, foram importantes para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Apesar de muitos conflitos, embates e diferentes interesses, ocorreram importantes mudanças, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988).

Em 1990, a implantação do SUS deu início à organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) (Brasil, 1990).

Apesar dessas conquistas, a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão.

A formação dos profissionais de saúde que atuam nesse sistema, que teve no decorrer dos anos

várias estratégias de operacionalização - Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAs), Norma Operacional Básica (NOBs) até chegar ao Pacto de Gestão - tem suscitado sempre grandes discussões. Algumas estratégias importantes para a reorganização e a humanização do sistema foram implantadas. Entre elas, a Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre outras.

Essas estratégias visam principalmente contribuir para a reorientação do modelo, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Isso implica em novas dinâmicas de atuação nas unidades de saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços/gestores, os trabalhadores e a população.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. Neste artigo abordaremos uma breve recuperação histórica e as estratégias utilizadas pela gestão para o enfrentamento dessa questão.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (Brasil, 2004).

A consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos (RH) em saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O Desenvolvimento de RH representa hoje um papel de suma importância

para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente (Gil, 2005).

A qualificação de RH na saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS (Machado, 2003).

Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. Entretanto, é importante considerar que os resultados esperados de programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal podem ser minimizados pelas condições de cada estrutura Institucional, caso a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento/qualificação não estejam alinhados.

Na proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. *“As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas”* (Jaeger e Ceccim, 2004).

A experiência do enfrentamento desse desafio no Estado de São Paulo é também abordada neste artigo.

Alguns Marcos das Propostas de Educação na Saúde para Profissionais do SUS

Durante os anos 1990 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) sistematizou o conhecimento de Educação Permanente apontando uma perspectiva teórica e metodológica para a constituição de Programas de Educação Permanente em Saúde.

A proposta de uma política de capacitação per-

manente de pessoal para a saúde pode ser revisitada a partir de três momentos distintos.

O primeiro momento envolveu uma programação específica para as equipes do Programa de Saúde da Família, o Projeto de Expansão da Saúde da Família (Proesf). Em 1996 foi publicado o primeiro edital de convocação dos Estados para a apresentação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos, caracterizando um conjunto de iniciativas voltadas para o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica no âmbito do SUS.

A partir daí, em 1997, contamos com a criação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da Família. A partir desses polos, e coerente com sua política, surgiram algumas propostas de aproximação do preceito constitucional que define a ordenação dos Recursos Humanos para a Saúde como atributo do SUS.

Em São Paulo, articulados pelo Polo de Capacitação em Saúde da Família da Região Metropolitana da Grande São Paulo, que incluía, além do município de São Paulo, os municípios das regionais de Santo André, Mogi das Cruzes, Osasco e Franco da Rocha, foi financiado pelo Ministério da Saúde o total de 15 (quinze) cursos de especialização, sendo os primeiros realizados pela Universidade de São Paulo (USP), Fundação Faculdade de Medicina do ABC e outro por parceria realizada entre a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Na sequência, em consórcio administrado financeiramente pela Fundação Zerbini e coordenado pelo polo, foram oferecidos mais seis cursos, sendo um por cada instituição de ensino, a saber: Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Santo Amaro (Unisa), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Fundação Faculdade de Medicina do ABC e Santa Marcelina, ainda como Pólo de Capacitação em Saúde da Família. Outros seis cursos do mesmo consórcio, porém já coordenados pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo, finalizaram em janeiro de 2006. Duas Residências Multiprofissionais articuladas nesse Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo (PEP/GSP) foram oferecidas pela Casa de Saúde Santa Marcelina.

Nesse período, foram criados incentivos para cursos introdutórios que congregavam toda a equipe, realizados em parceria com várias universidades no Estado de São Paulo, cursos de aperfeiçoamento, de atualização e de pós-graduação, estes nas modalidades de Especialização e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O objetivo central era dar suporte teórico e prático aos profissionais já inseridos nas equipes, oferecer, em especial, aos recém-egressos dos cursos de medicina e enfermagem uma formação mais adequada às necessidades da Saúde da Família e estimular as universidades a inserirem o tema em seus respectivos programas de pós-graduação *lato sensu*. Apesar de fazerem parte do mundo do trabalho, esses cursos pouco discutiam as questões do dia a dia das práticas de saúde e os processos de trabalho, que também não eram entendidos como questões que pudessem instrumentalizar a gestão.

O segundo momento teve início a partir da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e da aprovação no Conselho Nacional de Saúde, no segundo semestre de 2003. Em 2004, por meio da Portaria nº 198/04, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, um grande e importante movimento para a educação na área da saúde aconteceu no país. O Ministério da Saúde tomou a Educação Permanente em Saúde como ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde.

A proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica (Ceccim e Feuerwerker, 2004) (Ceccim, 2004).

A Política de Educação Permanente em Saúde deixou de ser simplesmente uma proposta do Ministério da Saúde para ser uma política do SUS.

O Ministério da Saúde propõe a Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde.

O Cenário e a Implantação da Portaria nº 198/04 no Estado de São Paulo

No Estado de São Paulo foi constituída a Comissão Bipartite de Implantação e acompanhamento dos Polos no Estado, composta de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Essa comissão articulou-se no sentido de conhecer o trabalho desenvolvido em todo o Estado, onde anteriormente existiam os cinco Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família¹.

A partir de consensos em relação às recomendações contidas na Portaria nº 198, a Comissão Bipartite definiu oito macrorregiões de saúde, agregando as antigas 24 DIRs em seus respectivos polos: Região Metropolitana da Grande São Paulo, Leste Paulista (Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista), Oeste Paulista (Marília, Presidente Prudente e Assis), Sudoeste Paulista (Bauru, Botucatu, Registro e Sorocaba), Nordeste Paulista (Ribeirão Preto, Franca, Araraquara), Noroeste Paulista (Araçatuba, Barretos e São José do Rio Preto), Baixada Santista e Vale do Paraíba (São José dos Campos e Taubaté).

Vale lembrar que essa regionalização considerou as aproximações formais e informais já existentes entre as regiões e os processos de trabalho já iniciados a partir dos antigos Polos de Capacitação de Saúde da Família.

Uma pesquisa de avaliação dos Polos de Educação Permanente no Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Faculdade de Medicina

da USP, estudou o desempenho alcançado pelos Polos de Educação Permanente em Saúde em todo o país e destacou como diferencial significativo dos resultados alcançados pelo Estado de São Paulo a configuração do processo de trabalho articulado entre a SES-SP Cosems-SP, com a criação da Comissão Bipartite de implantação e acompanhamentos dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no estado e o trabalho conjunto com o Conselho Estadual de Saúde (Viana, 2008).

No Estado de São Paulo, os Polos de Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família são considerados o embrião dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, formados antes da Portaria nº 198/04. O mais antigo já trabalhava em diversos projetos do Ministério da Saúde, entre eles o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Especializações e Residência Médica em Saúde da Família.

O Polo da Grande São Paulo já se organizava com uma proposta de trabalho “em roda” e com decisões por consenso, envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde, as Regionais de Saúde da SES-SP e várias Instituições de Ensino do Estado. Porém não trabalhava com a demanda da organização do trabalho e da prática do dia a dia dos serviços, profissionais e usuários. No processo de transição para o modelo dos PEPS, foram incluídos outros atores, como usuários, estudantes e representantes de movimentos sociais.

Em termos das atividades desenvolvidas, os oito Polos do Estado de São Paulo haviam encaminhado, até novembro de 2005, 120 projetos para a aprovação do Ministério da Saúde. Com a execução desses projetos, estima-se que cerca de 9.600 trabalhadores tenham sido beneficiados, com destaque para a grande concentração de projetos e trabalhadores beneficiados no Polo da Grande São Paulo, respondendo por 52,5% dos projetos e com 71,4% dos trabalhadores.

Nesse cenário, entendia-se que a discussão devia ser horizontal, não havendo um poder centralizador. Havia a compreensão de que a integração com as universidades públicas e privadas era proveitosa para os polos e para as próprias instituições. Embora

¹ BATISTA, K. B. C; SIMÕES, O. J.; Documento Norteador. São Paulo [s.l.], 2004. (mimeo).

fosse possível reconhecer a existência de conflitos na relação ensino/serviço, eles não eram considerados problemas e sim a representação de diferentes saberes advindos de instituições distintas, com competências diferenciadas.

Como aspectos positivos e, resultantes dos processos de implantação dos polos, podemos citar:

- a abertura das universidades para discussão com o polo sobre mudança curricular;
- gestores mais organizados e dispostos a participar das atividades propostas pelo polo; e
- maior reflexão sobre o processo de trabalho.

O Terceiro Momento da Formação e o Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde

Em 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, que em seu artigo segundo aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) (Brasil, 2006).

A grande mudança trazida pela Portaria nº 399, de 2006, foi nos espaços regionais de planejamento e gestão, que tomaram forma nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), dos quais participaram todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.

A partir de 2007, o Ministério da Saúde/SGTES, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), iniciou a discussão da Portaria nº 198, visando definir novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Ao final de um processo de discussão envolvendo diferentes instâncias, a Portaria nº 198 foi republicada pelo *Diário Oficial da União*, em 22/8/2007, sob o número 1996 (Brasil, 2004).

A nova portaria apresentava três mudanças básicas: a alteração da política no sentido de adequação ao Pacto pela Saúde com maior protagonismo do

Colegiado de Gestão Regional, a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob gestão do Ministério da Saúde, e a vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos da Educação Permanente em Saúde, nos âmbitos municipal, regional ou estadual.

A publicação da Portaria nº 1996, de 2007 (Brasil, 2007), reforçou a responsabilidade de efetivação das diretrizes da EP em Saúde no Estado de São Paulo, articulando os gestores locais, regionais e estaduais com a efetiva participação da sociedade, através das instituições de ensino, das Escolas Técnicas do SUS, do movimento estudantil, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. A conjugação desses esforços fortaleceu o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), facilitando a organização das Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES), propostas pela nova portaria em substituição aos antigos polos. Nesse sentido, a Comissão Bipartite (Cosems-SP e SES-SP) retomou a definição e a pactuação de critérios conjuntos para orientar e legitimar a implantação das novas diretrizes recomendadas na Portaria nº 1996 em todo o Estado de São Paulo.

Assegurando e ampliando o diálogo permanente entre os diferentes níveis de gestão, a SES-SP e o Cosems-SP realizaram, ao final de 2007, o seminário estadual de EPS. Iniciaram, em 2008, a realização sistemática de seminários e oficinas de trabalho orientadas para o fortalecimento regional da rede de apoio à implementação e consolidação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo.

A transformação das práticas tradicionais de “capacitação encomendada” para uma construção ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho exigiu de cada um dos integrantes das instituições de ensino, da SES-SP e do Cosems-SP capacidade de ampliar os esforços no sentido de aumentar e sustentar a dinâmica locorregional, como condição fundamental para a efetivação da política de EP em saúde. Isso, na prática, significou o enfrentamento conjunto de novos e antigos desafios, entre eles a implantação, a revisão da estratégia de trabalho das CIES, a efetiva instalação de referência técnica de EP para os 64 colegiados, a configuração de novos papéis e processos de trabalho para o gestor estadual.

Essas tarefas principais, essencialmente, caracterizaram o eixo estruturante da organização da infraestrutura mínima para dar fluxo aos procedimentos recomendados e operacionalizar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo/2008-2009.

O tempo decorrido para a discussão e a adequação da Portaria nº 198 e a consequente publicação da Portaria nº 1996 acarretou uma pausa nos movimentos e avanços alcançados no Estado quando da implantação da política de EP em 2004. A demora na definição das novas regras e, consequentemente, da possibilidade de novos recursos e viabilização de propostas discutida, acarretou desestímulo nas diferentes instâncias locais e regionais envolvidas com a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Houve uma clara diminuição dos trabalhos de articulação até então realizados.

Ao final de 2006, a SES-SP definiu uma nova organização regional, transformando as 24 Direções Regionais de Saúde em 17 Departamentos Regionais de saúde (DRS). Com essa mudança, foi criada na estrutura das regiões, uma nova área técnica: o Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ), constituído pelas coordenações de duas políticas: de educação permanente em saúde e de humanização.

Com os Pactos pela Saúde: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão sendo firmados e tendo o Pacto de gestão os eixos descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde, instalaram-se no Estado de São Paulo 64 Colegiados de Gestão Regional (CGR), um grande e importante marco no processo de regionalização pactuada no Estado de São Paulo.

Vale lembrar que essa regionalização, mesmo atendendo às aproximações formais e informais já existentes entre as regiões e os processos de trabalho, considerou também: a unidade de princípios, a diversidade operativa, o respeito às diferenças locorregionais e de porte de municípios, a organização das regiões, instituindo mecanismos cogestão e de planejamento regional. O protagonismo e força dos municípios foram ganhos fundamentais nesse processo.

Com a instalação dos colegiados, a totalidade dos municípios assumiu algum grau de responsabilidade com a gestão da oferta de serviços de saúde e a ampliação da oferta de serviços e do acesso da população ao conjunto de ações preventivas e curativas, no âmbito do sistema, com ênfase na atenção básica.

Quando da publicação da nova Portaria, a SES-SP e o Cosems-SP articularam ações conjuntas, voltadas para as regiões de colegiados e DRS, objetivando socializar as diretrizes recomendadas na portaria, discutir os diferentes papéis e as responsabilidades para essa implantação e refletir sobre eles, potencializar os recursos disponíveis para a qualificação do trabalho conjunto envolvendo colegiados e gestor estadual. Esse processo constituiu a base indispensável para a implantação da política de EP em Saúde no ano de 2008, aproximando atores novos e antigos: os gestores dos 64 colegiados, coordenadores de EPS e de Humanização dos CDQs, as seis Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), as Comissões Intergestores de Ensino e Serviço (CIES), as Instituições de ensino, os Conselhos Municipais e os Conselho Estadual de Saúde, a SES-SP e o Cosems-SP.

Entendendo as Atribuições, o Esforço conjunto e o Trabalho Articulado

A implantação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1996, de 2007, no Estado de São Paulo, teve início com a realização do Seminário Estadual de EP (em dezembro de 2007), Seminários Macrorregionais e Oficinas de trabalho regionais de EP, tendo como pressuposto indispensável à articulação e, necessariamente, a participação e presença da CRH/SES/SP, do DRS/CDQ, das ETSUS, do Cosems-SP.

As ações de proposição, planejamento e execução dos seminários e oficinas de trabalho aproximaram diversas instâncias e representações enquanto protagonistas de um movimento de articulação indispensável à sustentação da proposta da nova portaria.

Foram realizadas 250 ações em todo o Estado, sendo 39 seminários/oficinas de EP e 211 projetos. Em sua totalidade, os seminários e oficinas apresentaram como objetivos comuns: propiciar de forma conjunta e ampliada reflexão conceitual da educação

permanente em saúde, favorecer a integração e a troca de experiências e saberes entre as regiões de colegiado, apresentar e discutir os fluxos e critérios de utilização dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, articular instâncias e sensibilizar os atores envolvidos.

A realização desses eventos iniciais possibilitou maior compreensão e compromisso em relação à nova identidade que se configurava - a região do colegiado. Gestores municipais e estaduais processaram a regionalização como eixo estruturante do pacto.

O próprio desenho e a instalação das regiões resgataram identidades locorregionais, favorecendo o espaço de gestão regional, responsável pelo planejamento, regulação, programação, investimentos, organização da rede de ações e serviços, a partir das necessidades, recolocando o papel do Estado e dos municípios. No recorte específico da Educação em Saúde, colegiados, DRS/CDQ e escolas técnicas do SUS possibilitaram a discussão ampliada da qualificação dos gestores e técnicos, na perspectiva de fortalecimento do trabalho em saúde tanto na atenção como na gestão.

A responsabilidade pelas ações de Educação na saúde está incluída na agenda da gestão do SUS como atividade que pode e deve contribuir para seu desenvolvimento, consolidando mudanças nas práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS.

Considerando esses pressupostos, o esforço conjunto da SES-SP e Cosems-SP, na construção dos 64 Planos Regionais de EP (Pareps) e dos Planos Estaduais de EP para os anos de 2008, 2009 e 2010 configurou-se no sentido de buscar a reorganização dos processos de trabalho a partir da realidade local e regional. A construção/operacionalização desses Planos de EP é produto da pactuação entre atores institucionais, inscrevendo na agenda de gestores a prioridade dos processos educacionais na rede de serviços de saúde.

Os gestores podem contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse fundo a fundo. Assim, têm condições de planejar regionalmente no curto, médio e longo prazo ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às necessidades do

sistema e estejam de acordo com a realidade local e regional.

O gestor estadual, legitimado pelo Cosems-SP e por meio dos 17 centros de desenvolvimento e qualificação para o SUS (CDQS) das regionais de saúde, articula e apoia a instalação dos Núcleos de EP em saúde (NEPS). Esses Núcleos, em número de 64, são formados por técnicos dos municípios que já atuam na área de RH e funcionam como uma Câmara técnica de EP para cada colegiado, agindo em parceria com os CDQS, tanto para a construção das ações de EP, como para a busca de parcerias e discussão dos respectivos Pareps.

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) em número de sete no Estado (uma vinculada ao município de São Paulo e seis a SES-SP) estão integradas aos processos de EP, atuando em parceria com os CDQS. As seis ETSUS vinculadas à SES-SP vêm respondendo às demandas dos colegiados, por meio dos Pareps, sendo responsáveis pela formação técnica do auxiliar de saúde bucal, itinerário do técnico de saúde bucal, do técnico de enfermagem, do agente comunitário de saúde.

As ETSUS também desenvolvem o curso de participação e controle social, destinado à formação de conselheiros de saúde. A proposta foi construída de forma ampliada, em parceria com o Conselho Estadual de Saúde.

As CIES, em número de oito quando da implantação da Portaria nº 1996, transformaram-se em cinco a partir de novo desenho das macrorregiões.

A discussão dessa nova configuração macrorregional, bem como a corresponsabilização nos processos de trabalho das CIES foram discutidas e consensualdas em duas oficinas de trabalho, promovidas pela SES-SP e Cosems-SP, respectivamente em 19 de maio e 26 de junho de 2009.

As CIES estão organizadas como segue:

- São Paulo: envolvendo a região metropolitana, Baixada Santista, Vale do Ribeira e Taubaté.
- Leste Paulista: regionais de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista.
- Oeste Paulista: regionais de Marília e Presidente Prudente e Marília.
- Nordeste Paulista: regionais de Araraquara, Ribeirão Preto e Franca.

- Noroeste Paulista: regionais de Araçatuba, Barretos e São José do Rio Preto.

As CIES ainda têm dificuldades de articulação macrorregional com as grandes universidades públicas em função da necessidade de convênio, com pelo menos um município do colegiado, para repasse de recurso financeiro na execução das propostas/projetos de EP. Apesar dos esforços e das estratégias implantadas, as CIES ainda não são espaços de integração e articulação de outras ações propostas pela SGTES junto às instituições de ensino (Petsaude; Prosaude; Unasus etc.).

A Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) da SES-SP tem prestado apoio técnico sistemático aos CDQS, com destaque para a importância do papel de articulador regional da política de EP junto aos colegiados e respectivos NEPS. Em 2008, foi planejado e desenvolvido o Curso de Facilitadores de EP no SUS-SP e, em 2009, o Curso de Avaliação dos Pareps 2009 e os Encontros Macrorregionais de EP, envolvendo representantes dos respectivos CGR. O Grupo Técnico (GT) Bipartite para EP (SES-SP e Cosems-SP) reúne-se mensalmente, pautando aspectos relacionados aos processos de EP no Estado como um todo e, revisando o conjunto de projetos discutidos, construídos e aprovados nos respectivos CGR e encaminhados ao GT no respectivo mês. O GT tenta atuar como um facilitador da política de EP no conjunto das regiões do Estado, identificando e discutindo conjuntamente os desafios, as possibilidades e papéis, além das responsabilidades das instâncias, atores, fluxos, procedimentos e articulações estratégicas.

Aspectos Facilitadores na Implantação da Nova Portaria

- Criação na estrutura dos Departamentos Regionais de Saúde, em dezembro de 2006, dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS, composto de uma diretoria técnica e duas coordenações: política de humanização e política de EP.
- Construção inicial do Documento Norteador para EP no Estado de São Paulo - possibilitando a compreensão ampliada e consensualizada dos eixos fundamentais na política de EP nas regiões de DRS, nas regiões dos colegiados e nos municípios.

- Instalação de Núcleos de EP nos CGR, como referência técnica para EP - os NEPS não são espaços físicos, geográficos, mas, em coletivo em construção locorregional, possibilitando maior participação e mobilização dos municípios do colegiado, de seus conselhos, trabalhadores e também uma interlocução mais próxima entre instituições formadoras e realidade/necessidade/prioridade regional.

- Execução do recurso financeiro mediante construção prévia, participativa e ampliada, dos Planos de EP dos respectivos CGR e sua e acesso - maior envolvimento, corresponsabilidade na identificação de problemas, definição de prioridades e pactuação na execução do recurso destinado à região de colegiado.
- Reconfiguração dos processos de trabalho das CIES, a partir dos novos fluxos e instâncias - qual papel a CIES pode desempenhar como instância de apoio técnico e articulação para o gestor estadual e para os colegiados.
- Construção dos Planos Regionais de EP para a identificação e articulação de possíveis parcerias (cronograma de datas; caracterização de potenciais parceiros - pessoas ou Instituições).
- Curso de Facilitadores para EP em saúde na SES-SP e no SUS-SP - envolvendo e aproximando gestor estadual, CGR, CRH e Cosems-SP.
- Instrumentalização e apoio aos municípios para viabilizar o repasse de recursos que atendam às propostas de EP dos colegiados, a fundo municipal.

Aspectos Restritivos na Implantação da Nova Portaria

- Pouca atuação das CIES em função do maior protagonismo dos colegiados de gestão regional, apesar de entender que esse é um bom sinal.
- Fragilidade dos municípios na formalização de convênios com instituições de ensino.
- Dificuldade de participação das universidades públicas em função da descentralização na discussão e construção das propostas.
- Pouca clareza por parte de potenciais parceiros (Instituições de ensino e outras Instituições conveniadas dos municípios) do papel das parcerias e da co-responsabilidade na formação/atualização/

qualificação de trabalhadores para o SUS.

- Pouco acúmulo técnico nas regiões para discussão/processamento de prioridades e construção/estruturação de Projetos.
- Pouco conhecimento das áreas financeira e jurídica dos municípios e SES-SP em relação aos novos procedimentos de execução do recurso financeiro, a partir da Portaria nº 1996.
- Falta de clareza nas possibilidades para a transferência de recurso financeiro do Fundo Federal para o estadual/municipal e do estadual para o municipal (execução, prestação de contas, diferenças nas interpretações jurídicas dos tribunais de contas dos Estados, diante das especificidades que a política de EP aponta).

Avaliação das Ações de Educação Permanente no Estado de São Paulo

- 800 técnicos do SUS, servidores estaduais e municipais, participando do Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde, realizado em parceria com as Universidades Santa Casa, USP, Unesp e Unicamp - 200 em 2008; 300 em 2009 e 300 em 2010.
- 36 alunos, servidores estaduais e municipais, participando do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em parceria com a Santa Casa - SP/ENSP/Progesus, iniciado em agosto de 2010.
- 250 servidores municipais formados multiplicadores do Curso Introdutório em Saúde da Família em cinco cursos realizados.
- 645 alunos, servidores municipais e estaduais participando do curso Nacional de qualificação da Gestão do SUS - MS/ENSP/SES-SP.
- 630 alunos, servidores municipais e estaduais, participando do curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde, realizado em parceria com o Centro de Estudos do hospital Sírio libanês - 2009/2010.

Total de vagas oferecidas nas ações de EP/recurso transversal: 2.361

Distribuição das ações de Educação Permanente realizadas no Estado de São Paulo, por ano de realização e total de vagas oferecidas

Ano de realização	Total de ações de EP	Total de vagas oferecidas
2008	269	21.399
2009	114	8.129
2010	150	15.383
Total	533	44.911

Fonte: Documento Norteador: Diretrizes para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo, São Paulo, 2004.

Apesar dos números e processos importantes realizados, é necessário entender que uma Política de Educação Permanente para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando. É consenso que temos de “ordenar a formação dos profissionais de saúde”, sendo necessário, portanto que as diretrizes dessas Políticas Públicas incluam compromissos entre o Setor da Saúde e o Setor da Educação, integrando vários atores, desde o Ministério da Educação e Cultura (MEC), passando pelas instituições de ensino superior e chegando às escolas técnicas, gerando compromissos e responsabilização entre pesquisadores, docentes e estudantes.

Essa articulação, como processo em construção, certamente será positivo para todos os setores envolvidos. O exercício e o aprendizado para alcançar e consolidar um processo de trabalho conjunto e constante já aponta resultados importantes: a construção e a aprovação pelo MEC das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Existe uma realidade desigual e complexa demandando a formação/qualificação dos trabalhadores do SUS, envolvendo exigências das mais diversas na interação: medicina, trabalho dos agentes comunitários, engenharia da produção em saúde e intersetorialidade. Isso, sem deixar de considerar, a complexidade da Atenção Básica em pequenos municípios, a serviços e sistemas sofisticados (não menos complexos) em Regiões Metropolitanas².

² BRASIL. Ministério da Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. (mimeo).

Também é reconhecido que ainda permanece uma contradição explícita entre a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais e as demandas dos processos de municipalização, descentralização e ruptura dos programas verticalizados em direção à integralidade do cuidado e à vigilância à saúde, que claramente requerem a ampliação da capacidade de decisão local e novas formas de relação com os usuários (Ribeiro e Motta, 1996).

A capacitação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, a partir de cada realidade/necessidade local e regional, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado.

Deve ser entendida como processo permanente, garantido durante a graduação, sendo mantidos na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de ensino, os serviços de saúde, a comunidade e outros setores da sociedade civil (Merhy, 2005).

Realidades Diferentes e Problemas Comuns

A cada ano temos novos profissionais com diferentes formações iniciando atuação nos vários cenários de trabalho do SUS. Somam-se a estes, outros trabalhadores que já vêm, continuadamente, enfrentando desafios sabidamente conhecidos, tanto na área de gestão como na de atenção/assistência.

Esses profissionais, iniciantes ou não, necessitam da articulação das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a possibilitar a construção de processos de educação permanente, oferecendo espaços de capacitação e reflexão crítica positiva, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública nos municípios e regiões.

Os dois grupos acumulam expectativas de obter uma visão crítica dos Sistemas de Saúde, desejam conhecer outras experiências, outras realidades para objetivar e qualificar a própria prática. Desejam aplicar os conhecimentos adquiridos no trabalho diário, reconstruir modelos e buscar respostas às novas demandas de realidades diversas e complexas. Fica evidenciado que só conseguiremos mudar

realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos nossos usuários se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia; precisam estar articuladas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

É necessário e indispensável que as várias instâncias, articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilitem o desenvolvimento/atualização do pessoal que já está no SUS e legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todos os pontos do País.

As políticas e propostas de formação dos profissionais para o SUS, articulando capacitação, qualificação, desenvolvimento, devem concretizar estratégias e ações de aproximação constante das práticas dos serviços de saúde às práticas de investigação e reflexão teórica, tanto do pessoal das universidades quanto da gestão e da assistência.

De modo geral, a integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida. Esse conjunto de acúmulos precisa de espaços para análise e reflexão, orientados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações cada vez mais complexas nos processos de trabalho, diante da diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização de serviços e dos espaços. Portanto, eleger estratégias e modelos de capacitação renovados e aderidos aos contextos de trabalho e espaço de ação dos participantes tende a diminuir o vácuo na formação dos profissionais diante dessa permanente reestruturação (Feuerwerker, 2000).

A proposta pedagógica recomendada nessa perspectiva deve ser orientada por metodologias ativas de ensino/aprendizagem, contemplando

aspectos concretos e práticos, focalizada em atividades do contexto e do trabalho, problematizando situações cotidianas, estabelecendo diálogos entre o processo de trabalho e as estratégias pedagógicas, considerando a dinâmica das rotinas e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem (Motta, 2001).

O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da Saúde e do controle social, devem responder a indagações como: quais são os problemas que afastam nossas práticas da atenção integral à saúde? Por quê? Como mudar essa situação? (Brasil, 2005).

A Educação Permanente deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central.

A formação e a capacitação dos trabalhadores também devem considerar aspectos pessoais, valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS.

Conversando sobre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde

Para gerar mudanças qualificando o desempenho profissional, a capacitação em serviço dos trabalhadores do SUS apresenta dois aspectos distintos, os quais ainda que surgidos de uma preocupação comum apontam diferentes lógicas.

Uma delas se expressa através de ações pontuais de Educação Continuada, e a outra através do processo de reorientação da Educação Permanente (EP) em Saúde. Ainda que ambas proponham uma estratégia global articulada ao desenvolvimento

dos Serviços e Políticas de Saúde, as experiências assinalam que a primeira pende no sentido de direcionar os serviços partindo de políticas centrais, em especial de cobertura.

Por outro lado, a segunda, vinculada às políticas de descentralização, baseia-se em propostas de desenvolvimento, partindo das características e das necessidades do processo de trabalho concreto dos serviços de saúde. Portanto, a lógica que orienta a mudança no campo da educação mostra duas tendências inversas: a primeira aponta um caminho planejado centralmente e apoiado em processos racionais - nesse caso, espera-se que a educação “atualize, melhore a competência técnica e articule-se com a carreira individual dos sujeitos” (Roschke e col., 1993, p. 6).

Nessa perspectiva, remeter ao processo de trabalho em saúde implica concentrar o esforço no modo de estabelecer sequências, fluxogramas e identificar áreas nas quais se requer capacitação.

No que diz respeito à organização da produção dos serviços e a composição dos grupos, o próprio processo de trabalho em geral não se questiona, não constitui uma categoria de análise capaz de orientar propostas educativas. Tudo se reduz a uma questão de método para assegurar a “eficiência do desempenho” conforme as normas e os objetivos preestabelecidos ou fixados de modo universal, desde “fora” do processo de trabalho.

O segundo enfoque (EP) baseia-se nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho à luz de contextos específicos. A mudança se alcança a partir de um processo crítico do próprio trabalho, integrando as demandas objetivas com as experiências que se processam na prática.

Nessa linha de pensamento, o processo de aprendizagem pode caracterizar-se como reconstrutivo: vai além da atualização técnica e apela para um profundo enfrentamento entre velhos padrões. Conduz-se mais para a construção de novas metas, políticas, normas e formas de organização e comunicação no trabalho do que para a simples modificação do velho (Fernandes, 2008).

Entretanto, trabalhar nessa direção não é simples uma vez que envolve atuar em contextos complexos, partindo efetivamente da prática e dos próprios atores, trabalhar os problemas e a maneira de percebê-

los, produzir mudanças nos contextos que muitas vezes favorecem a manutenção de padrões.

Quem orienta e dirige o processo educativo tem determinado com segurança o objeto da prática técnica. A prática social de uma instituição ou rede de serviços em geral não é objeto de análise porque as políticas, finalidades e normas da instituição já estão definidas, ou seja, sua dinâmica corresponde exclusivamente através das relações expressas no “deve ser” da estrutura organizacional.

Ao mesmo tempo se reconhece que os serviços de saúde se diferenciam uns dos outros, considerando sua natureza e operacionalização institucional, tendo em vista os processos de condução e a organização do trabalho, as formas de interação entre unidades e na medida em que respondem aos problemas de saúde.

A EP em saúde se baseia na aprendizagem significativa (Ausubel, 1982): quando o aprender faz sentido para nós, isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta nossa e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Assim, é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos - na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências.

Na proposta da EP em saúde a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

A análise de um problema institucional, local ou regional de maneira contextualizada possibilita descobrir a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas (Ceccim, 2004).

A EP em saúde só é legitimada quando envolve dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes e usuários. Na prática, são eles que se ocupam do fazer, pensar e educar em saúde nas diferentes realidades macrorregionais.

Da mesma forma eles, em suas negociações, podem definir o que é preciso ensinar e aprender: diferentes interesses e pontos de vista existentes

na prática diária das áreas da Saúde e da Educação (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Quando falamos em Educação Permanente e Educação Continuada é importante não considerá-las conceitualmente antagônicas no Sistema, mas como processos que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem, a construção de diálogos entre os processos de mudanças no mundo do trabalho diante da perspectiva do próprio trabalho ser um princípio educativo.

A Educação Continuada pode e deve contemplar metodologias ativas de ensino-aprendizagem orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, com o objetivo de transformar a prática de saúde nos serviços.

Segundo Ricas (1994), a Educação Continuada “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais”.

De forma frequente, as demandas oriundas das esferas de gestão dos serviços e das necessidades sentidas pelos profissionais têm uma resposta comum sob a perspectiva da Educação Continuada.

Estas, muitas vezes, organizadas em listas de demanda por treinamento preenchido individualmente em decorrência da necessidade de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas e de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico, têm a mesma resposta, orientada pela concepção de que “as mudanças desejadas para as instituições se alcançam basicamente desde a acumulação da informação e se direcionam eficazmente pela difusão de informações e políticas” (Roschke e col., 1993).

Ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EP não procura transformar todos os problemas em problemas de capacitação, busca as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

Poderíamos, por exemplo, perguntar: “Por que o não comparecimento dos pacientes a consulta agendada está aumentando? Por que a adesão dos hipertensos ao tratamento está tão baixa? Por que

não conseguimos reduzir os índices de cesarianas? Por que a cobertura vacinal não foi atingida este ano?".

Debruçar-se sobre os determinantes dos problemas significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, incluindo questões de esfera organizacional, técnica e humana.

Há problemas identificados em que claramente a ação se orienta para a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos. Outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais.

De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem em sua singularidade. (Merhy, 2005).

Davini (1994) salienta: "se o pensamento e a ação estão conectados, se é necessário produzir mudanças nos modos de pensar e perceber que orientam as práticas, a questão de mudança subjetiva não é aleatória. São nossas teorias (como teorias interiorizadas) as que determinam aquilo que vemos e são nossos modelos mentais que muitas vezes representam barreiras à aprendizagem. Não se trata de ignorar a presença da "realidade objetiva", mas de reconhecer a primazia do sujeito na produção do sentido da experiência.

Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem no SUS

O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que proponham desafios a serem superados pelos participantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo (Brasil, 2002).

É com velocidade vertiginosa que se produz e disponibiliza conhecimentos e tecnologias no mundo atual; portanto os conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas dos trabalhadores do SUS modificam-se rapidamente. Por tudo isso, é indispensável aprender a aprender.

Um conceito chave do modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ele ocorre de forma dinâmica através da ação/reflexão/ação (Brasil, 2002).

Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, entre elas a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade (Freire, 1996).

Considerações Finais

Trabalhar pedagogicamente com metodologias ativas, como propõe hoje a Política de Educação Permanente em Saúde, significa um enorme desafio para todos que atuam no SUS, exigindo mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, lentas, conflituosas e complexas (Ceccim e Feuerwerker, 2004). Mudanças envolvendo dimensões como a da subjetividade, da afetividade, nas quais tanto se tem menor acúmulo como não são consideradas nas relações que se estabelecem no processo de ensino-aprendizagem formal. Admitir a necessidade de capacitação e promover processos de capacitação docentes efetivos e produtivos é um desafio, caracterizando áreas de tensão constantemente presentes em todos os espaços em que a questão do uso de metodologias ativas se tem colocado como importante (Freire, 1996).

Finalmente, dizer que o significado e o cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde tem para nós um amplo sentido. Sentido de que o ideal de profissional que queremos para o nosso sistema de saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho. Precisamos recuperar esses valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores, nas universidades. Este é o nosso desafio.

Referências

- ALVES, R. *Estórias de quem gosta de ensinar*. São Paulo: São Paulo, Ars Poética, 1995.
- AUSUBEL, D. P. *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300019>. Acesso em: 15 maio 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de Fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Leis, Decretos etc. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2006.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- DAVINI, M. C. Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DANINI, M. C. *Educacion Permanente de Personal de Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).
- FERNANDES, R. M. C. F. *Educação Permanente: uma dimensão formativa no Serviço Social*. 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, 2000.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.
- JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2004.
- MOTTA, P. R. *Desempenho em equipes de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- RICAS, J. *A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais*. Belo Horizonte. 1994. 232f. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.
- RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v.12, p. 39-44, jul. 1996.
- ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M.; HADDAD, J. Educação permanente e trabalho em saúde: um processo em construção. *Educación Médica y Salud*, Washington, D. C., v. 27, n. 4, out./dez. 1993.
- VIANA, A. L. D. (Coord.). *Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde*. Projeto de Pesquisa: relatório final. São Paulo: [s.n.], abril de 2008.

Recebido em: 16/05/2011
Aprovado em: 29/06/2011