



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Gracy Kelly Paes

**Formação do enfermeiro na perspectiva da formação permanente:
ambigüidades conceituais e questionamentos políticos**

Rio de Janeiro

2007

Gracy Kelly Paes

Formação do enfermeiro na perspectiva da formação permanente: ambigüidades conceituais e questionamentos políticos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

P126 Paes, Gracy Kelly.
Formação do Enfermeiro na Perspectiva da Formação Permanente:
Ambigüidades Conceituais e Questionamentos Políticos / Gracy Kelly Paes. –
2007.
116 f.

Orientadora: Gaudêncio Frigotto.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Educação.

1. Programas médicos regionais – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2.
Enfermeiros de saúde pública – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 3. Enfermeiros –
Treinamento – Teses. I. Frigotto, Gaudêncio. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Faculdade de Educação. IV. Título.

es

CDU 614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação.

Assinatura

Data

Gracy Kelly Paes

Formação do enfermeiro na perspectiva da formação permanente: ambigüidades conceituais e questionamentos políticos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 26 de junho de 2007.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto (Orientador)

Centro de Ciências Sociais - UERJ

Prof.^a Dra. Marisa Ramos

Centro de Ciências Sociais - UERJ

Prof.^a Dra. Mônica Vieira

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas possibilidades de ser, a cada dia, uma pessoa melhor.

Agradeço à D. Glória e ao Sr. Geraldo, meus pais, que, por muitas vezes, mesmo não entendendo, deram carinho, amor, força e compreensão.

Minha irmã, Carol, que também se encontra em processo de construção de uma pessoa, a cada dia, melhor.

Aos usuários do SUS, que, por mais dificuldades que enfrentem, neste serviço, acreditam na possibilidade de haver profissionais dignos, que doam suas vidas para atendê-los.

Aos meus queridos amigos e inspiradores profissionais e a todos os professores da Escola de Enfermagem da UNIGRANRIO.

Ao meu orientador Gaudêncio Frigotto, que acreditou em minha formação, o meu muito obrigada por tudo.

À professora Marise Ramos, que pegou em minha mão e me ensinou a caminhar, meus agradecimentos e o meu muito obrigada eterno.

E a todos os outros que passaram e deixaram saudades e aos que acabaram ficando e se tornaram verdadeiros e grandiosos amigos.

RESUMO

PAES, Gracy Kelly. *Formação do enfermeiro na perspectiva da formação permanente: ambigüidades conceituais e questionamentos políticos*. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

A educação permanente é estruturada e tem um eixo que define e configura demandas educativas no setor saúde, pensando neste processo de trabalho em saúde, e com política de educação trazendo definições hegemônicas sendo recomendação como política para o setor saúde através das políticas do MS. O estudo avalia o conceito teórico/prático da operacionalização da política através da especialização em SF como proposta da educação em saúde. Método bibliográfico por existir um consórcio com estas características de formação. Pesquisa subsidiada, por entrevistas, devido a não possibilidade de acesso a documentos informativos sobre educação em saúde através do consórcio do MS. Apesar do consenso construído a partir de documentos oficiais do governo, a compreensão de seu real significado se torna algo divisível a partir da proposta. Este conceito vêem de encontro com a conceituação desta prática aos profissionais de saúde. A organização do trabalho, constrói uma cultura ainda fortemente hierarquizada, legitimando espaços de definição e operação de demandas, ao mesmo tempo que dificulta a criação de práticas mais horizontais que aproximem-se das reais necessidades educacionais pelo processo de trabalho em saúde. Este estudo demonstrou a fragilidade da educação permanente como conceito prático e como proposta das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Educação permanente. Saúde. Especialização. Enfermeiro. PSF.

ABSTRACT

Continuing education is structured and has an axis that defines and configures educational demands in the health sector, this thinking process work in health, education and policy definitions bringing recommendation as being hegemonic policy for the health sector through policies of MH. The study evaluates the concept theoretical / practical operationalization of the policy through specialization in FH as the proposed health education. Method for bibliographic exists a consortium of training with these characteristics. Research subsidized by interviews, due to not being able to access to information documents on health education through the Consortium of MH. Despite the consensus built from official government documents, understanding its real meaning becomes something divisible from the proposal. This concept come from meeting with the conceptualization of this practice for health professionals. The organization of work, builds a culture still strongly hierarchical, legitimizing spaces definition and operation demands, while also hinders the creation of a more horizontal approach to real educational needs of the health work process. This study demonstrated the fragility of lifelong learning as a concept and as a practical proposal políticas of public health.

Keywords: Continuing education. Health. Especialist. Nurse. FHP.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Avaliação das Condições de Ensino
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Assistência Médica Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Mundial
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNE	Conferência Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DC	Diretriz Curricular
DCN	Diretriz Curricular Nacional
ENADE	Exame Nacional de Avaliação do Desempenho do Estudante
EP	Educação Permanente
ESF	Educação em Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEP	Pólo de Educação Permanente
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPA	Programa de Pronta Ação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROESF	Programa de Expansão do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio
USS	Universidade Severino Sombra

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	EDUCAÇÃO, TRABALHO E PROFISSIONAL EM SAÚDE	14
1.1	Educação contextualizada em saúde	14
1.2	Os profissionais de saúde	21
1.3	Construção das Políticas Públicas de Saúde do Brasil	22
1.3.1	<u>Saúde e doença: o ?paradigma? flexeneriano</u>	22
1.3.1.1	A crise do o paradigma flexeneriano.....	24
1.3.1.2	Um novo paradigma: a produção social da saúde Saúde.....	25
1.4	Algumas questões sobre atenção primária	28
1.4.1	<u>A prática sanitária do novo paradigma: vigilância à saúde</u>	30
1.4.2	<u>Estratégia para um novo paradigma: saúde da família</u>	32
2	POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA: CONTRADIÇÕES E PERSPECTIVAS	39
2.1	Educando pela educação permanente e continuada	39
2.2	A Política de Educação Permanente no contexto de Saúde da Família.	45
2.2.3	<u>Histórico do pólo de capacitação de recursos humanos em saúde, suas perspectivas e visão de futuro</u>	47
2.3	Histórico do pólo de capacitação de recursos humanos em saúde, suas perspectivas e visão de futuro	46
2.4	A Prática da Educação Permanente, na Visão dos Sujeitos Formadores e Formados	63
2.5	Educação Permanente, segundo o Ministério da Saúde	49
3	PROPOSTA E PRÁTICA DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO PERMANENTE: INTENÇÕES E CONTRADIÇÕES	53
3.1	Contextualizando a efetivação do consórcio de formação, em PSF, entre instituições públicas e privadas	53
3.2	Análise do mercado de trabalho em saúde, no período de 1991 a 1998	54
3.2.1	<u>Sistema formador e disponibilidade de Recursos Humanos em Saúde</u>	57
3.2.2	<u>Características da área de abrangência do Pólo</u>	59
4	A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, NA VISÃO DOS SUJEITOS FORMADOR E FORMADO	47
4.1	A educação permanente como transformação da prática: relação objetivos e métodos	64
4.2	A Formação dos sujeitos da saúde com base nas estratégias do SUS	69
4.3	O princípio da integração ensino/serviço	73

4.4	Mudanças de modelo de atenção	75
4.5	Avaliação das ações educativas em saúde	77
5	O CONTEÚDO DA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VISÃO DOS SUJEITOS: BALANÇO CRÍTICO	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE A - Termo de consentimento	96
	APÊNDICE B - Perguntas da Entrevista	97
	ANEXO A - Projeto de reforma do setor saúde REFORSUS	99
	ANEXO B - Processo nº 25000-001804/00-11	104
	ANEXO C - Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001	110

INTRODUÇÃO

O processo de educação, no Brasil, vem dimensionando as necessidades de uma formação humana em plenitude, seja por necessidade de incorporar novos conhecimentos ou para o mercado de trabalho. Assim, ao pensarmos na educação em saúde, tomamos as Conferências Nacionais de Saúde e as de Recursos Humanos como marcos de definição política para o setor saúde. Podemos observar que a educação continuada/permanente ainda se apresenta em processo de definição, quanto ao seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e na reestruturação das formas de intervenção educativa, no interior dos serviços de saúde.

Assim, a decisão de pesquisar este tema relaciona-se com a minha implicação com o Programa Saúde da Família, marcado por aspectos de vivência prática, antes e depois da formação como especialista. Aspectos estes não só pessoais, mas também políticos, que iniciam na formação da graduação em enfermagem, onde tive contato com a proposta do PSF, através da disciplina de Saúde Coletiva I¹, onde fora realizado um levantamento epidemiológico de uma comunidade do município de Duque de Caxias, na baixada Fluminense, do Estado do Rio de Janeiro, também conhecido na época como Lixão.

Naquela ocasião, éramos um grupo de acadêmicos de enfermagem, onde cadastramos e mapeamos todos os moradores daquele território, ocupado pela comunidade, com o objetivo de identificar as áreas de maior risco, sendo de qualquer aspecto (social, epidemiológico, ambiental, demográfico etc). Naquele momento, observei, naquela comunidade, a total falta de infra-estrutura e o maior isolamento social já vivenciado por mim. Os encontros semanais, que ali vivenciávamos, criavam uma perspectiva, na comunidade, de que alguma “ajuda” do governo estava por vir. A informação passada, por nós acadêmicos, marca minha memória: “...o PSF está para ser implantado por aqui, a saúde está chegando.”

Por anos acompanhei o andamento da implantação do PSF, naquela comunidade, ora como acadêmica de outra disciplina (pediatria, saúde da mulher,...) ora como paisagem refletida pela vista do ônibus, onde, diariamente, passava para chegar em minha casa.

Depois de alguns anos, houve a implantação de uma equipe do PSF, onde atendia a minoria da população residente na comunidade. Apesar de não atender a todos os moradores,

¹ Esta disciplina foi realizada na UNIGRANRIO onde abordou a Reforma Sanitária, os programas de saúde e, como proposta da reforma, surge o SUS, que é constituído pelos princípios e diretrizes que o compõem. Estabelecido e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

naquele território, a atenção da equipe era voltada para a necessidade identificada pelo profissional.

A questão que está subjacente diz respeito à análise de como a formação acadêmica do profissional do PSF é mediadora de ações de mudança, sobre aquela comunidade, mesmo com a profunda desigualdade a que historicamente estão submetidas as pessoas que ali vivem e que, atualmente, é ampliada pelas políticas neoliberais.

Neste contexto, a questão que analisei centra-se na apreensão das estratégias e concepções da e na formação permanente dos profissionais de saúde. Qual o alcance e os limites destas estratégias e concepções, sob a ótica da educação permanente, para a formação de enfermeiros qualificados tecnicamente e sujeitos emancipados, para entender e intervir na realidade de seu contexto social e na sociedade, mais amplamente.

Desta forma, para compor a análise deste estudo, será necessário, em primeiro momento, discutirmos como acontece o processo educativo da formação em saúde; identificar o processo de trabalho em saúde e como estão constituídos nossos profissionais. Em sentido específico, a assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, tem particularidades tanto em relação ao trabalho industrial, quanto aos demais serviços. A palavra serviço traz uma tradição quase que pejorativa e vem de “servo”. A economia clássica pouco se preocupa com a análise teórica do que seja serviço, porque, sob a ótica da dinâmica da acumulação capitalista no século XIX, esse não era um setor decisivo. Mas hoje é, sem dúvida, o que marca a contemporaneidade² e, talvez, o setor saúde seja um dos mais peculiares a essa forma de sociedade, baseada na proeminência do trabalho em serviço.

Diante destes aspectos, construímos uma análise sobre a formação do especialista enfermeiro no PSF e no PEP. Expressamos, assim, o objetivo deste estudo, foi de conhecer quais as estratégias e concepções, definidas pela educação permanente, para atender esta formação *lato sensu*, do enfermeiro, para o trabalhador do PSF.

Uma educação em serviço envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta da equipe multiprofissional.

As demandas para 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 da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção, relevante e de qualidade, com integralidade e humanização. É

² Esta denominação é usada como referência, pois destacamos a necessidade de citar a influência que as Ciências Sociais possuem nos setores de saúde, educação, entre outros.

a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam na articulação de ações, para dentro e para fora, das instituições de saúde. Para tornar possível este estudo, escolhemos o conceitual da educação permanente para interpor ações no âmbito da formação de pós-graduação.

Para elucidar as interrogações que surgem dentro do estudo, temos, como objetivos específicos, conhecer como e por que surgiu a proposta de educação permanente do enfermeiro especialista em PSF; identificar e analisar as estratégias que compõem o PEP e avaliar o alcance; os limites sociais do PEP, para a formação do enfermeiro; quais as apreensões das estratégias e concepções da e na formação permanente do enfermeiro na modalidade *lato sensu*, para o trabalho no PSF.

Dentro do processo de educação em saúde, existem dois conceitos: educação continuada e educação permanente, os quais, em algumas vezes, apresentados como sinônimos, em outras se faz uma distinção, caracterizando a negatividade de um conceito, ressaltando a positividade do outro. Por exemplo, para Haddad (2001), a educação permanente remete a uma formação estritamente ligada ao mercado de trabalho, enquanto a educação continuada refere-se a uma formação integral do homem. Já para Ferreira (2003), os dois conceitos têm o mesmo significado, acrescentando o de formação continuada como uma perspectiva mais ligada à aquisição profissional. Como identificamos nestes autores, o conceito torna-se um emaranhado teórico que os dois significados abrangem. Não pretendemos esmiuçar os diversos significados dados aos conceitos.

Para efeito deste trabalho, o referencial teórico foi construído a partir das políticas públicas de saúde, que influenciam nas práticas e formação em saúde; os paradigmas que influenciaram no processo saúde-doença: os modelos flexneriano, de produção social de saúde, de vigilância em saúde e de saúde da família. Os paradigmas de saúde são fatores históricos que constroem as práticas e ações dos profissionais. Estes modelos, por vezes, se constituíram a partir dos problemas de saúde na época. Um fato que marcou a análise neste estudo, foi à dificuldade de encontrar literaturas que só discutisse a educação permanente para enfermeiros, por isso a titulação foi específica assim como nosso objetivo de estudo, porém no percurso do estudo demos ênfase a equipe multidisciplinar, pois a própria formulação da

política de educação permanente em saúde prioriza alternativas de transformação das práticas que envolvam os diferentes trabalhadores inseridos no processo de trabalho.

Outros assuntos serão aprofundados, com o objetivo de atender ao referencial teórico. Um desses assuntos será o conceito do novo modelo de saúde, que surge a partir desta historicidade, qual seja, o da atenção primária. Os conceitos de educação continuada e permanente serão estudados, com o objetivo de entender como a estratégia do PSF reorganiza a atenção à saúde e como a formação desses profissionais está envolvida.

O PEP foi criado, mediante Portaria do MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, quando o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos que trabalham para o setor saúde. Os membros que constituem o PEP são os gestores estaduais e municipais de saúde e educação, instituições de ensino técnico e superior, na área de saúde, estudantes, trabalhadores, conselhos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde interessadas na consolidação do SUS, a fim de garantir a atenção integral, universal, equitativa e com forte participação social.

Serão, também, aqui, revistas as políticas de educação continuada/permanente, assim como a história do PSF e a história da formação do PEP.

Nossa metodologia será bibliográfica, que segundo Cervo (2002), procura explicar um problema, a partir de referências teóricas publicadas em documentos. A abordagem será descritiva e observou, registrou, analisou e correlacionou fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los (CERVO, 2002). A análise aconteceu a partir da legislação nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e dos convênios nº 01/2000 e nº 45/2001, sobre a formação em pós-graduação *lato sensu* em PSF; o Projeto de Reforma do Setor Saúde e os projetos e planos dos cursos. Assim, buscamos estudar a contextualização da educação permanente, no Programa Saúde da Família, como estratégia de reorganização da formação dos profissionais de saúde. Caminharemos para demonstrar a importância da educação, assim como as implicações sociais que compõem a formação permanente na sociedade contemporânea.

A dissertação será organizada em cinco capítulos. O primeiro versa sobre educação, trabalho e profissional em saúde. Neste capítulo, busco o resgate do processo de formar o profissional de saúde. No segundo capítulo, abordei as políticas de educação permanente e continuada, suas contradições e perspectivas. Neste momento, estudo como estão colocadas as políticas de formação, no contexto permanente/continuado. No terceiro capítulo discutirei como surgiu e aconteceu esta especialização em Saúde da Família, atendendo as estratégias da Educação Permanente. No quarto, discuti a prática desta especialização, diante da visão dos

sujeitos formados e formadores. E, finalmente, minhas considerações finais, que demonstram como se encontra presente a proposta e prática de uma política de formação permanente, através do pólo de capacitação em saúde da família, buscando estabelecer o relacionamento da proposta do pólo de educação permanente com a ação executada pelo consórcio PSF-RIO, na lógica do Pólo de Saúde da Família. E, para consolidar meu estudo, realizei entrevistas com um membro da coordenação do Consórcio e dois egressos que freqüentaram os cursos ministrados pelo pólo, onde encontrei elementos que justificou sua metodologia e sua história. Assim, relaciono meu estudo com as necessidades de uma política pública de educação permanente, adequada às necessidades profissionais.

1 EDUCAÇÃO, TRABALHO E PROFISSIONAL EM SAÚDE

A maneira pela qual uma sociedade seleciona, classifica, distribui, transmite e avalia os saberes destinados ao ensino reflete a distribuição de poder em seu interior e a maneira pela qual se encontra, aí assegurado, o controle social dos comportamentos individuais (BASIL BERNSTEIN)

1.1 Educação contextualizada em saúde

Uma grande discussão sobre o sujeito da educação e a construção do seu conceito vem sendo conduzida, no contexto social, com grande diversidade. Isto ocorre devido às necessidades de formação dos indivíduos, dentro da sociedade.

Educar e educação são termos utilizados com diversidade. Do senso comum ao mundo da ciência, educação, ato educativo, valor educativo ou fenômeno educativo seguem diferentes caminhos, conforme as características do ator da fala. Assim, Adorno (1995) diz que, mais importante do que traduzir educação num conceito, é pensar para onde ela conduz o sujeito. Desta forma, ressaltamos a importância da educação na produção de uma consciência verdadeira, onde a principal idéia é a de pensar num indivíduo emancipado³. Contudo, reconhece-se que emancipação é um conceito abstrato, além de encontrar-se relacionado a uma dialética que precisa ser inserida no pensamento e, também, na prática educacional (MOTTA, 1998).

Aqui, a idéia de educação é centrada no conceito de emancipação, mesmo com a visão abstrata, mas que se configura num dos elementos importantes, na construção do paradigma da modernidade. De fato, o que iremos perceber é que as diversas teorias e práticas educacionais, desde as mais estruturalistas até as versões ortodoxas e revisionistas do marxismo, tomam, como referência principal, os diversos pressupostos que constroem o projeto da modernidade. O projeto da modernidade, apesar de nascer antes do modo de produção capitalista e ter-se tornado dominante a partir do século XIX, passa a ter sua evolução confundida com a história desse modelo. Nesse sentido, o projeto cultural da modernidade, de acordo com Santos (1995), vai assentar-se sob dois pilares: um, de regulação e, outro, de emancipação. Segundo o autor, o pilar da regulação constitui-se de três princípios: o do Estado, o do mercado e o da comunidade.

³ A emancipação do indivíduo pode ser melhor discutida no livro de Frigotto e Ciavatta, cujo título é : Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser emancipado? (2006) .

O pilar da emancipação é constituído por três lógicas de racionalidade: a racionalidade estético-expressiva da arte e da literatura; a racionalidade moral-prática da ética e do direito; e a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica.

Os dois pilares, com suas lógicas e racionalidades, deveriam se organizar e se articular de forma equilibrada. Contudo, observa-se, ao longo do desenvolvimento histórico do modelo capitalista de produção, que, no pilar da regulação, a lógica do mercado se sobrepõe às demais lógicas, enquanto que, no pilar da emancipação, a racionalidade cognitivo-instrumental torna-se hegemônica, subjugando as demais. Essa racionalidade tem uma correspondência específica com o princípio do mercado, porque nele se condensam as idéias de individualidade e da concorrência, centrais ao desenvolvimento da ciência e da técnica (SANTOS,1995). No século XVIII são visíveis os sinais de conversão da ciência numa força produtiva. Santos (1995) nos aponta que a crise da modernidade “é, em parte, um processo de superação e, em parte, um processo de obsolescência. É superação, na medida em que a modernidade cumpriu alguma de suas promessas em excesso e é obsolescência, na medida em que a modernidade está irremediavelmente incapacitada de cumprir outras das suas promessas.” (MOTTA,1998).

Motta (1998) aponta que:

... à medida que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação veio a fortalecer-se à custa do pilar da emancipação, num processo histórico não linear e contraditório, com oscilações recorrentes entre um e outro, nos mais diversos campos da vida e sob diferentes formas: entre liberalismo e marxismo, cientificismo e utopismo, modernismo e vanguarda etc.

Esse espaço de crise do paradigma da modernidade se por um lado traz a possibilidade do imobilismo, diante da falta de referências mais concretas, por outro, propicia um terreno fértil de críticas e reflexões sobre os alicerces deste paradigma em crise, primeiro passo na construção de novos referenciais.

Nesse sentido, com referência às teorias educacionais, Giroux (1986) aponta a necessidade de se questionar criticamente o papel do marxismo, no desenvolvimento de uma teoria crítica da educação, revelando seu “fracasso em produzir um tratamento dialético de subjetividade e de estrutura”. Coloca-se, assim, a urgência de se revisarem seus pressupostos, no sentido de reconsiderarem e reformularem como os seres humanos se unem, dentro de práticas sociais e contextos históricos específicos, para fazer e reproduzir as condições de sua existência.

O citado autor vai mais adiante ao retomar a discussão de ideologia, remetendo-a à produção, interpretação e efetividade de significados: “contém um momento positivo e outro negativo determinados pela possibilidade de distorcer o pensamento reflexivo e a ação”. Segundo

o autor, “é o momento positivo na dialética da ideologia que tem sido ignorado pelos críticos educacionais”, e tenta reintroduzir a dimensão positiva da ideologia no discurso da teorização educacional, buscando inspiração em Gramsci e Aronowitz. A idéia de Giroux (1986) de que a ideologia se torna um instrumento pedagógico crítico, quando usada para interrogar a relação entre a cultura escolar dominante e as experiências vivenciadas, é fundamental nas possibilidades de se compreender a existência do fenômeno educativo, tanto no espaço escolar quanto nos serviços de saúde.

Conseqüentemente, como afirma Saviani (1991:21), “o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens .”

Caminhamos num espaço de transição, onde as relações sociais são configuradas a partir de pressupostos não claramente (re)conhecidos. Contudo, lidamos com educação enquanto prática social que perpassa todas as outras práticas sociais e possui suas diversas concepções teóricas, construídas a partir dos pressupostos da modernidade.

Apesar dessas dificuldades, ao falarmos de educação, temos clareza de que é algo amplo, porém, contraditoriamente específico. Falamos da especificidade de um trabalho não material, na qual o produto não se separa do ato da produção, onde o ato de produção e consumo se imbricam. Observamos a educação em saúde como um processo que vai muito além das práticas educativas restritas a indivíduos, grupos ou populações. Enquanto processo educacional, é mediação de relações sociais com a totalidade, que se concretizam nas práticas de saúde.

Assim, pensar sobre processos educacionais, no interior dos serviços de saúde, passa a ser, então, refletir, criticamente, sobre as práticas de saúde e as relações entre os sujeitos nelas envolvidos. É pensar, também, na reprodução/transformação dessas relações e práticas sociais, num mundo que passa por transformações profundas, quer pela crise do modelo de racionalidade que, até então, orientou o desenvolvimento das ciências, quer pelo próprio desenvolvimento tecnológico, que reestrutura as formas de organização do trabalho, nos impondo repensar a relação educação/trabalho.

Assim iniciaremos pensando que em latim, temos duas palavras referidas ao fenômeno de educar: *educare*, que significa nutrir e *educere*, que se traduz tirar. Conseqüentemente, estes movimentos de entrada e saída são contraditórios, carregados de uma forte ideologia e que sustentam o caráter de opressão e reprodução que perpassa a prática educativa.

A educação, assim como o trabalho, são elementos que acompanham o homem ao longo de sua história. Entretanto, atualmente, cada vez mais a relação da educação com o mundo do trabalho tem exigido pessoas tecnicamente capacitadas.

O trabalho conceituado por Mello (1997) considera que, no padrão de desenvolvimento atual, a aquisição de conhecimentos básicos e a formação de habilidades cognitivas são, hoje, elementos básicos para que as pessoas consigam sobreviver em ambiente saturado de informações e que sejam capazes de processá-las e selecioná-las, o que se torna relevante para continuar aprendendo.

Drucker (1994), comentando, em sua literatura, sobre a revolução que as organizações enfrentaram nos anos 90 e enfrentarão na primeira década do século XXI, mostra que a mão-de-obra vinculada ao conhecimento vem crescendo continuamente, pois a demanda por pessoal qualificado multiplica-se em todas as áreas. Seguindo essa linha de pensamento, o primeiro ministro italiano Romano Prodi⁴ (1998), ao referir sobre o desafio imposto na Europa e no mundo, para tornar as empresas mais competitivas, faz o seguinte comentário “está sendo necessário investir pesado na qualidade de mão-de-obra através da educação e programas de treinamentos.”

Desta forma, as transformações que vêm ocorrendo no mundo contemporâneo têm impacto, também, de maneira significativa, em todo campo da saúde, tanto no seu objeto (o processo saúde-doença-cuidado), como no instrumental teórico-prático, em que se apóiam as práticas, e na organização da produção em saúde.

O setor saúde, assim como tantos outros, tem que responder a uma diversidade de necessidades, ou seja, às demandas, por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade, que se dão nos hospitais de atendimento terciário, atuando nos espaços de vivências cotidianas das pessoas, de modo a proporcionar uma vida saudável. Contudo, só a intervenção e a recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam por uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção do bem-estar.

Assim, um novo modelo assistencial de saúde vem se delineando, tendo, por foco de atenção, a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos. Em decorrência dessas novas necessidades de mudanças, surge a intervenção, que tem, como foco central, a capacitação e a formação de recursos humanos em saúde (ALMEIDA FILHO, 1997).

Esta integração dos sujeitos da saúde vem se reestruturando em todo o mundo. Com o objetivo de atuar no decréscimo relativo de leitos hospitalares, dando ênfase à atenção primária e à desospitalização, bem como ao barateamento dos custos da atenção à saúde, os governos vêm

⁴ Este conceito foi usado pelo ministro italiano, em 1998, ao discutir a qualificação profissional em seu país.

promovendo mudanças, trazendo a enfermeira para o cuidado domiciliar, ambulatorial e novos espaços da comunidade. É sob esta política que o Banco Mundial (1993) preconiza soluções ágeis, modernas e flexíveis para o setor saúde, dentro de indicadores de eficácia/eficiência e custo/benefício, bem como a importância da família como unidade de atenção das políticas sociais.

Com o profissional interagindo com a saúde e o social do indivíduo, observamos que as definições e os modelos de cuidados em enfermagem não são capazes de apreender toda a complexidade da assistência. Desta forma, alguns autores passaram a estudar a enfermagem enquanto uma prática social, isto é, como uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção de serviços (ALMEIDA; ROCHA, 1986; ROCHA, 1987; SILVA, 1986; LIMA, 1995; ALMEIDA; ROCHA, 1997)

Cabe ressaltar que, para termos a compreensão do social, no campo da saúde, devemos investigar e reduzir as relações de causa e efeito ao plano biológico e remeter a sua resolução ao modelo clínico de diagnóstico e terapêutica. Autores como Donnangelo (1975); Donnangelo & Pereira (1979) e, posteriormente, Mendes Gonçalves (1979; 1994), entre outros, introduziram a categoria trabalho, para entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde em nossa sociedade. Definiu-se, então, como objeto da prática, não mais os corpos biológicos, mas os corpos sociais e passou-se a analisar o processo saúde-doença em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade. Desta forma, foi, também, possível apreender as formas, como a medicina e as demais práticas em saúde, institucionalizadas e reproduzir as relações sociais mais amplas, determinando patologias, tecnologias e formas diferenciadas de atendimento.

Partindo da apreensão dos momentos do processo de trabalho, a atividade orientada para uma finalidade, seu objeto e seus instrumentos, Mendes Gonçalves (1994) desenvolveu um profundo raciocínio lógico e dialético para compreender as práticas em saúde, discutindo e redefinindo tecnologia. O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, construído por Mendes Gonçalves (1994), refere-se aos nexos estabelecidos, no interior do processo de trabalho, entre as atividades operantes, realizadas através de instrumentos, considerados em sentido amplo, sendo, o conhecimento, o principal deles, porque orienta todo o processo, os objetos de trabalho e a finalidade. Portanto, tecnologia não tem o significado corriqueiro de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associado à maior eficácia e produtividade por avanços em suas concepções operacionais.

Merhy (1997) amplia as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho, estabelecida por Mendes Gonçalves (1979; 1994), trazendo a possibilidade do "auto-

governo" dos trabalhadores, para imprimir mudanças, a partir das inter-subjetividades, no processo de trabalho. Para ele, tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente. Neste momento de falas/escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado.

A literatura especializada sobre produção do conhecimento em saúde traz uma reflexão crítica sobre os referenciais teóricos e as questões metodológicas que procuram dar conta deste objeto tão complexo. As Ciências Formais, incluindo a Linguagem e a Matemática, constituem a base do método científico e, portanto, seriam o fundamento de um ponto de interseção entre as Ciências Naturais e Ciências Sociais, onde está o conhecimento em saúde. Pela natureza de seu objeto, o processo saúde-doença-cuidado comporta o trabalho interdisciplinar em diferentes níveis, além do tratamento de temas específicos por diferentes disciplinas, áreas e abordagens. Colocam-se então as questões ontológicas, relativas às diferentes maneiras de se conceber a natureza do objeto, e as epistemológicas, decorrentes dos diferentes tipos de análise. Estas características são mais desafiadoras do que em outras áreas disciplinares, na medida em que o conhecimento deve responder não só pela diversidade de seu objeto, no interior de sistemas lógicos, com garantia de validade e veracidade, como também num sistema tecnológico, com potencial de intervenção (ALVARENGA, 1994).

Para dar conta desta tarefa de interagir os sujeitos e as práticas profissionais, alguns autores (MINAYO, 1994; AYRES, 1997) enfatizam a teoria da ação comunicativa de Habermas (1988), que propõe que a articulação entre a filosofia, a ciência e o mundo da vida, como uma nova forma de relação dialética entre o sujeito e o objeto na construção do conhecimento, pode ser uma alternativa para se contrapor à razão instrumental que domina a sociedade moderna.

...entendo por ação comunicativa uma interação simbolicamente mediada. Ela orienta-se, segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes. As normas sociais são reforçadas por sanções. O seu sentido objetiva-se na comunicação lingüística cotidiana. Enquanto a validade das regras e estratégias técnicas depende da validade de enunciados empiricamente verdadeiros ou analiticamente corretos, a validade das normas sociais só se funda na intersubjetividade do acordo acerca de intenções e só é assegurada pelo reconhecimento geral das obrigações. (HABERMAS, 1994).

A proposta de mudança de paradigma desloca o sujeito do lugar onde se relaciona externamente com os objetos para conhecê-los, agir e dominá-los e o coloca em interação com outros sujeitos, todos preocupados com o que pode significar. Desta forma, para que possamos atender a esta esfera de necessidades do sujeito e do objeto, faz-se necessária a busca de uma formação que vise à necessidade do profissional, assim como as do usuário. Estas formações são denominadas, no campo da saúde, como Educação Permanente e/ou Continuada.

A educação para formação em saúde é um espaço que contextualiza e desenvolve a capacidade profissional. Essa concepção de educação, que transforma o processo de trabalho, foi implantada a partir de 2003, pelo do Ministério da Saúde, dentro da Política de Educação Permanente para o SUS, “como estratégia de transformação das práticas de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde” (MS, 2004). O enfrentamento e os desafios da prática em educação permanente, assim como a concepção da educação continuada em saúde, em especial de enfermagem, serão estudados.

1.2 Os Profissionais da Saúde

Os profissionais de saúde são denominados por “coletivos organizados de produção da saúde”⁵. Este pensamento provém de estudos científicos em administração, a partir dos anos 70, quando surge o elemento humano nas organizações, como fator de análise e compreensão dos processos produtivos. A noção de coletivo vem dar conta da disposição, em grupo, de pessoas interligadas por uma tarefa, que constitui finalidade produtiva; a noção de coletivo organizado põe, neste agrupamento de pessoas, uma convergência, uma composição de roda. Quando nos referimos a um coletivo organizado, não estamos falando dos trabalhadores, individualmente, e nem da sociedade dos trabalhadores, mas de agrupamentos articulados por um fim. Desta forma, este coletivo não é um organismo, nem uma unidade, mas, sim, um dispositivo. O que dá organização ao dispositivo não é a identidade entre os membros, mas seu objetivo de produção.

⁵ Este conteúdo poderá ser melhor discutido no livro: Construção Social da Demanda, organizado por Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. Este termo foi introduzido na educação dos profissionais de saúde anteriormente por Gastão Wagner.

Ao discutirmos este coletivo, temos a visão de que este sujeito da saúde existe, devido a um quadrilátero: ação da gestão em saúde; atenção e suas ações; participação dos usuários e profissionais e a educação dos sujeitos da saúde. Sem este quadrilátero ou diagrama, como sugere Mattos (2005), as ações de saúde, que não se comunicam, ficam, individualizadas e sem uma participação, de real relevância, dos sujeitos e objetos da saúde. Assim, para que o coletivo possa contribuir para a eficácia de sua proposta em saúde, o desafio da educação encontra-se lançada, restando, aos coletivos organizados de produção da saúde, participarem na produção de seu trabalho, através da educação permanente.

1.3 Construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

No Brasil, vive-se, hoje, um interessante e importantíssimo momento de mudanças nas práticas de saúde, encaminhadas por força da nova Constituição, precedidas e acompanhadas de intensas discussões políticas e acadêmicas. O momento não só é importante, como também peculiar, porque o país experimenta, de forma solitária, na América Latina, a possibilidade de implementar um sistema de saúde (SUS) compatível com as noções e os conceitos mais recentes sobre saúde e doença. De fato, é também consenso, entre profissionais da Saúde Pública, de que se experimenta, no mundo atual, uma “mudança de paradigma”⁶ nas ciências da saúde. Paradigma, segundo Khun (1975), é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica. É esse compartilhar que distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum. A evolução científica se dá pelo que o autor chamou de revoluções, denotando as passagens das fases de normalidade para as crises e, daí, para as novas teorias.

As respostas dadas, pela sociedade, aos problemas de saúde devem decorrer do conceito de saúde vigente, ou seja, do paradigma que institui esse conceito, o qual, por sua vez, responde ao contexto sócio-econômico político e tecnológico, vigentes. A prática sanitária, portanto, é configurada e direcionada pelo paradigma vigente e pelo contexto social.

⁶ Utilizamos a expressão mudança de paradigma, entre aspas, por entender que se trata de uma noção polissêmica e polêmica nas ciências sociais. Nós a utilizaremos nos termos como a literatura especializada na área de saúde a utiliza. Para uma discussão crítica ver MARCONI, M.A e LAKATOS, E.M, em Fundamentos da Metodologia Científica. 6ª editora. 2007.

Há alguns anos, a nossa visão da saúde passou de mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental e, daí, para conceito mais amplo, que inclui uma adequação de vida social. Ocorre uma iniciativa de mudança de paradigma, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior. Modifica-se a prática sanitária, passando-se da antiga – curativista – para a atual – a vigilância da saúde. Retomando a exposição inicial, o Brasil vive, hoje, a experiência inédita da implementação, na prática, dessa revolução teórica. No que sugere, serão delineados, historicamente, os elementos dessa mudança, para, mais adiante, ser abordada a estratégia mais atinente à nova prática, qual seja, a da promoção da saúde.

1.3.1 Saúde e doença: o “paradigma” flexeneriano

No século XIX, a situação da morbi-mortalidade, em todo o mundo, era caracterizada pela predominância de doenças infecciosas sobre as demais. No campo da saúde, vivia-se, ainda, uma prática do ensino médico de caráter empírico, não especializado, com relativa insipiência das disciplinas afins, como a Biologia e a Imunologia. O movimento sanitaria existente, naquele momento, na Europa e na América do Norte, conseguiu interferir na situação da saúde em numerosas cidades do mundo, por meio de legislação e grandes obras de engenharia civil. Seus êxitos para diminuir a tuberculose e, sobretudo, fazer desaparecer os surtos epidêmicos de cólera, contribuíram para criar a primeira época dourada da saúde pública. Nessa época, foram fundadas as primeiras instituições universitárias, indicados responsáveis por saúde em regiões administrativas e também surgiram as primeiras sociedades científicas. Decorrente de alguns progressos no campo médico, especialmente:

- a difusão da vacinação contra a varíola, depois de 1800, como resultado de um processo empírico que talvez simbolize o nascimento da imunologia;
 - a identificação, por Koch, do microorganismo causador da cólera, em 1883;
 - o desenvolvimento, por Pasteur, de sua teoria dos germes nas doenças infecciosas.
- Toma corpo, a idéia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para patógenos concretos.

A doença teria uma só causa, com um germe originando cada etiologia. Decorre, desta noção, que saúde era a ausência da doença, isto é, a ausência de um agravo, causado por um germe. Ocorreu, então, um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que

não estava preparado para responder às novas evidências e idéias. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional. Este, deu origem ao Relatório Flexener, de 1910, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo da saúde até há alguns poucos anos (MENDES, 1985). Entre as reformas implementadas no ensino médico de então, destacam-se o aumento da duração dos cursos para quatro anos, com o ensino de laboratório; a vinculação das escolas médicas às universidades e, com isso, à pesquisa e ao ensino; a ênfase na pesquisa biológica e o reforço à especialização.

Com os progressos médicos alcançados no ensino, na pesquisa e na prática, foi se consolidando o paradigma até hoje vigente. O principal elemento desse referencial é o curativismo e, entre os demais elementos, o mecanicismo (tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando num corpo, sempre produz um efeito; incorpora-se aqui a noção de unicausalidade: uma causa, produzindo um efeito.); o biologicismo (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); o individualismo (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto, dessa ação, o contexto ambiental, o social e o histórico); e a especialização. O curativismo, como referido, é o elemento primordial, pois, como a saúde é a ausência da doença num indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo. Assim, a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença.

Trata-se do início da era terapêutica que, a partir da Segunda Guerra Mundial, já no século XX, foi reforçada pelo desenvolvimento moderno do Estado de bem-estar e por aumento dos recursos públicos ao setor saúde. No decorrer do processo de florescimento do curativismo, as grandes esperanças de recuperação da saúde, ausência de doença, estavam na assistência clínica, especialmente nos hospitais.

Nesse período a saúde pública, desprestigiada, tentou resgatar o seu papel, buscando se articular com os interesses econômicos e políticos das classes mais favorecidas. Assumiu o “paradigma” higienista, que objetivava a resolução do problema das cidades ainda não-aparelhadas para abrigar o contingente de população que para elas se deslocava. A saúde pública do início do século e as escolas de saúde pública, que em sua maioria adotaram o nome de escolas de higiene, voltaram seu interesse para os métodos sociais e ambientais, objetivando a remodelação e o saneamento das cidades, e a transmissão de normas higiênicas, configurando o que tem se chamado de dicotomia prevenção/cura. Da mesma forma que o movimento sanitarista do final do século, o higienismo tinha caráter paternalista e vertical,

devido ao pouco desenvolvimento ou ausência de mecanismos democráticos nas sociedades que os desenvolveram.

1.3.1.1 A crise do “paradigma” flexeneriano

A situação de morbi-mortalidade, observada no transcorrer do século XIX, foi se alterando com a diminuição da importância das doenças transmissíveis e o conseqüente aumento das denominadas degenerativas, devido, essencialmente, às melhorias nas condições gerais de vida, mais do que aos progressos médicos mencionados (DARDET, 1994). Por outro lado, o próprio desenvolvimento da epidemiologia e da imunologia iniciou a geração de crises, para os elementos específicos do paradigma, a saber:

- crise no mecanicismo – com o desenvolvimento da noção de risco, de exposição e suscetibilidade, uma causa atuando sobre um corpo nem sempre vem a produzir o efeito esperado;
- crise no biologicismo e na unicausalidade – com a extensão das noções próprias da epidemiologia, das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, e com a idéia de multicausalidade; igualmente, com a conceituação de fator de risco nas doenças degenerativas, quase sempre associado ao meio físico e/ou social.

Como conseqüência mais imediata desse processo, houve o deslocamento da ênfase curativa para a prevenção, resultando no que se poderia reconhecer como uma crise no curativismo, pelo menos em nível teórico. Essa crise foi mais além, pois os fatores que condicionavam a saúde não se limitavam aos elementos tradicionais do processo saúde doença, conforme descrito pelos partidários do flexenerianismo: doença, diagnóstico, terapia, recuperação da saúde.

O ato médico, acompanhando a crise no curativismo, perdeu o ponto hegemônico e central do paradigma, não na prática, mas no ideário dos intelectuais do setor.

1.3.1.2 Um novo “paradigma”: a produção social da saúde

A medicina preventiva, mesmo ampliando o espaço para a atuação do profissional de saúde, não dá conta de todo o processo saúde doença: ela pode identificar riscos, atuar sobre

eles, mas não é de sua alçada a gênese destes riscos, nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios para prevenir a sua existência etc. De fato, se é verdade que a medicina preventiva deu origem ao novo paradigma, não chegou a romper com o antigo (STACHTCHENKO & JENICEK, 1990).

É necessário mencionar que esse encaminhamento à nova visão da saúde não se deu somente via medicina preventiva. Entre várias áreas, com afinidade para a nova abordagem holística da saúde, a ampliação do conceito de educação sanitária, afastando-se da abordagem higienista, contribuiu para um dos elementos mais importantes, a saber: a promoção da saúde (FERRAZ, 1998).

A nova saúde pública surge do reconhecimento de tudo o que existe ser produto da ação humana, em contraposição à hegemonia da terapêutica, como solução para todos os males que poderiam atingir o corpo do homem. A saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos ou de uma comunidade depende, também, de coisas que o homem criou e faz das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente.

O informe de Lalonde (1974), editado no Canadá, em 1974, questionou o papel exclusivo da medicina, na resolução dos problemas de saúde, dando início a uma nova era de interesse social e político, pela saúde pública. Inspirou a Conferência da OMS, de 1977 (Saúde para todos no ano 2000,) e, em 1978, na Rússia, ocorreu a reunião de ministros que elabora a ALMA-ATA, onde preconizou a atenção primária, como estratégia para um novo modelo assistencial. Apareceu em iniciativas nacionais, como o relatório negro sobre desigualdades em saúde (Grã-Bretanha), e na proposta Toronto saudável no ano 2000 (Canadá). Esteve, ainda, presente nas 38 metas de saúde para a região europeia, em 1985 (Jones,1997). A saúde ganhou mais espaço, depois da Conferência de Ottawa, de 1986; das declarações da OMS, de Adelaide, sobre Políticas públicas saudáveis, em 1988; de Sundsvall, sobre Ambientes favoráveis à saúde, em 1991; pela Conferência de Bogotá, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde, em 1992; finalmente, pela Conferência da OMS, de Jacarta – Novos atores para uma nova era – de 1997 (MS, 1996).

Vale dizer que a Constituição Federal Brasileira, de 1988, inspirada na Conferência Nacional de Saúde, de 1986, teve seu capítulo de Saúde – que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ – marcado pelo paradigma da produção social da saúde. Saúde, neste

⁷ O Sistema Único de Saúde é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida por Constituição. O SUS não é o sucessor do INAMPS e, nem tampouco, do

documento inicial, foi definida como direito universal e resultante de condições de vida e trabalho, “garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil-Senado, 1988).

Nesse sentido, ser saudável não pode ser apenas não estar doente. Deve significar, também, a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem o seu meio – ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência – para usar uma expressão bem conhecida, o exercício da cidadania. Entre os pré-requisitos básicos para que uma população possa ser saudável, a partir de amplas concepções de saúde e bem-estar, orientando-nos pelo “paradigma” da história social da saúde, estão: paz (contrário de violência); habitação adequada, em tamanho, por habitante; condições adequadas de conforto térmico; educação, pelo menos, fundamental; alimentação imprescindível para o crescimento e desenvolvimento das crianças e necessária para a reposição da força de trabalho; renda decorrente da inserção no mercado de trabalho, adequada para cobrir as necessidades básicas de alimentação, vestuário e lazer; ecossistema saudável, preservado e não-poluído; justiça social e equidade, garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos (Carta de Ottawa, 1986). Com essa noção abrangente de saúde não ser mais a simples ausência da doença, a melhor denominação para o novo paradigma é o de produção social de saúde.

O movimento da nova saúde pública, baseado nesse referencial, busca métodos adequados à nossa realidade política, que tornem mais eficientes as ações sociais e ambientais, por saúde e qualidade de vida. Tal aspecto, pressupõe abandonar, definitivamente, o enfoque vertical e paternalista, herdado do passado, decorrente de práticas prescritivas dos profissionais de saúde, apoiados no biologicismo e mecanicismo. Supõe, por outro lado, o desenvolvimento de novas relações com o Estado e com a sociedade civil e o desenvolvimento de novas habilidades dos profissionais, para implementar novas práticas.

A idéia de que a saúde é produzida socialmente, implica no reconhecimento de que:

SUDS. O SUS é o novo sistema de saúde que está em construção. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando, obrigatório, o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade, no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços, com qualidade, adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão.

- os determinantes de saúde não só são mediados pelo sistema social, mas também determinados pelas relações sociais, excludentes, que operam o sistema. Marmot (1996) demonstrou o quanto o controle e a autonomia dos indivíduos, sobre sua própria vida, são determinantes decisivos da saúde, especialmente quando comparados às ações para desestimular o hábito de fumar, por exemplo. Wilkinson (1992) demonstrou o quanto as iniquidades, mais do que a pobreza em si, podem explicar a morbidade e mortalidade por doenças, cuja prevenção é possível nas sociedades industrializadas;

- as ações que visam à resolução das distorções e desigualdades, existentes nos padrões de saúde, ultrapassam os limites de atuação do setor e exigem atos coordenados, em várias esferas de governo (BARRETO, 1996).

Há, portanto, necessidade de ações intersetoriais para a operação da nova prática sanitária. Para isto, é necessário:

- que se altere, realmente, as condições de saúde de uma população – objetivo social relevante em todas as sociedades; tornam-se necessárias mudanças profundas em seus padrões econômicos e a intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas;

- que a sociedade civil organizada exija, das autoridades governamentais, a elaboração e implementação de políticas públicas, saudáveis para superar o quadro mundial, e, principalmente, nacional, de profundas desigualdades e iniquidades;

- integrar e articular diferentes saberes e práticas intra e intersetoriais, de tal forma que o novo quadro teórico e as novas práticas assumam uma nova qualidade, ao serem organizadas pelo paradigma da produção social da saúde, para propor solução aos problemas existentes em um território singular – nacional, estadual e/ou local.

1.4 Algumas questões sobre atenção primária

O conceito de Atenção Primária e Atenção Básica, presentes no cenário da saúde brasileira, no que se refere ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais, foi, na trajetória da descentralização, sendo incorporado, paulatinamente, em nosso contexto. As reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários, ainda hoje, suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior ao SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços, numa lógica que

tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica, como referência aos serviços municipais. Diante deste marco, aprofundaremos nossa discussão a cerca do conceito da Atenção Primária e Atenção Básica.

A atenção primária à saúde, também denominada cuidados primários de saúde (em Portugal), foi definida pela OMS, em 1978, como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias, na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar, em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, 2 pg.)

As principais características da atenção primária à saúde são:

I) Constituir a porta de entrada do serviço: espera-se que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que, com isso, seja o primeiro recurso a ser buscado;

II) Continuidade do cuidado: a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço, ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surge, esta seja atendida de forma mais eficiente; esta característica também é chamada de longitudinalidade;

III) Integralidade: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais;

IV) Coordenação do cuidado: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados, já que, freqüentemente, são realizados por profissionais de áreas diferentes e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

Já a atenção básica inicia sua reconstrução a partir de um processo que agregou atores políticos diversos, nos municípios, nos estados e na federação. Além destes agentes envolvidos, pudemos contar com a participação de membros da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde.

As discussões para alcançar o formato final da Política Nacional da Atenção Básica

(PNAB) se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento.

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo como modelo, também, no Brasil, e deve se constituir como porta de entrada preferencial do (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade, no que se refere à Atenção Básica em Saúde. Assim, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MS, 2006).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos, que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Desta forma, a Atenção Básica tem como proposta:

I) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II) efetivar a integralidade, em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção

de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV) valorizar os profissionais de saúde, por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI) estimular a participação popular e o controle social.

O conceito mais freqüente é o da Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos crescer, no cenário brasileiro, o Programa Saúde da Família (PSF), que vivificou este debate, ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização PSF, na perspectiva da Atenção Primária; outros, o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição, como aqui foi discutido.

1.4.1 A prática sanitária do novo “paradigma”: vigilância à saúde

Muito embora os angustiantes problemas de saúde da população brasileira só possam ser resolvidos com a ação integrada de múltiplos atores sociais, de diferentes setores, mediante políticas sociais abrangentes, um papel de extrema importância está evidentemente destinado ao setor saúde.

O novo paradigma tem sua prática sanitária no que os autores denominam de vigilância à saúde (MENDES, 1996:243). Tal prática, amplia a atuação do paradigma anterior (curativista), para dar conta da globalidade do processo saúde-doença, e orienta para a reformulação das práticas assistenciais e coletivas. Isso implica no entendimento de que saúde resulta de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais, que se combinam, de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis.

A vigilância à saúde, baseada nesse paradigma, atua sobre os produtos, os processos e os insumos dos problemas, ou seja, não incide apenas nos produtos finais do processo, –

mortes, seqüelas, enfermidades e agravos – mas também nos assintomáticos – suspeitas, expostos, grupos de risco e necessidades sociais de saúde (BUSS,1996).

Assim, às estratégias de intervenção desta prática, corresponde o controle dos danos de riscos e de causas, ou seja, controle de condicionantes e determinantes. Entre as ações, mais comumente desenvolvidas, para atender a esses elementos citam-se:

- promoção da saúde – definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde como “um processo que confere ao povo os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde” (Carta de Ottawa, 1986), propõe a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes da mesma. A Organização Pan-americana da Saúde (OPS) reconhece a promoção da saúde como prioridade programática e reitera a importância da participação da sociedade civil e da ação intersetorial, definindo-a como: “uma soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva” (OPS/OMS, 1993). Refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Além da ação intersetorial e intrasetorial, ainda se caracteriza por ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres, enfim, de ampliação de poder de cidadania. Ações de promoção de saúde, como práticas sanitárias, referem-se a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população;

- prevenção de enfermidades e acidentes – amplia-se, aqui, o campo de ação da medicina preventiva, no sentido do paradigma anterior, para incluir ações preventivas de caráter não-médico, na prevenção às doenças. Podem ser orientadas a problemas específicos ou a grupos de problemas e a grupos de risco. Imunizações, acidentes de trabalho e de trânsito, câncer de colo e de mama, hipertensão, alcoolismo, drogas, doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo são exemplos de problemas ou grupos de risco que podem ser beneficiados com ações de promoção ou prevenção, no interior dos serviços de saúde, na prática clínica dirigida aos indivíduos, às crianças e aos adolescentes escolares, bem como à comunidade, em ações de alcance coletivo;

- atenção curativa e de reabilitação – incluídos, aqui, os atos curativos do paradigma anterior. Na reabilitação, o novo paradigma deve dar conta de que esta pode, e deve, ir mais além do que a causa física/biológica mediata. Também, neste componente, deve-se buscar inovações como, por exemplo, o hospital-dia e a assistência domiciliar, programa de saúde da

família, práticas mais baratas e mais efetivas para a população, quando adequadamente aplicadas.

Vários programas de ensino de saúde pública vêm sendo estruturados, adotando a ótica da promoção da saúde, na concepção do sistema de vigilância como um todo, contribuindo na reestruturação dos programas e das práticas, no sentido do conhecimento amplo dos determinantes da saúde e na indicação de estratégias que permitam envolver outros setores governamentais e a sociedade, na resolução dos problemas. O sistema de saúde, de acordo com tal ideário, ultrapassa a esfera do setor. Críticas têm sido feitas, aos sistemas de informação existentes, por serem excessivamente centrados nos fenômenos de morbimortalidade, em geral, insuficientes para informar sobre os determinantes da saúde, prejudicando, assim, a capacidade de agir sobre os mesmos.

De fato, quando se utilizam indicadores adequados ao paradigma, elaborados para analisar o complexo de determinações de saúde, expressas no nível macro e microepidemiológico, verifica-se, facilmente, que o trabalho de vigilância à saúde pode ser mais amplo e deve integrar saberes de práticas do setor saúde, hoje confinada em compartimentos isolados. Deve ser articulador com outros setores, entre eles, saneamento, habitação, drenagem, educação, trânsito, turismo.

1.4.2 Estratégias para um novo “paradigma”: o Saúde da Família

Os sistemas de saúde podem ou não ser orientados e estruturados pela atenção primária. O estudo dos sistemas de saúde tem demonstrado superioridade, quer em resultados, quer em eficiência, daqueles sistemas estruturados pela atenção, em primeiro nível de atenção (MENDES, 1996:275).

Uma estratégia de organização do sistema, coerente com a ótica da produção social da saúde, da criação de ambientes saudáveis, é a de saúde da família, a qual consiste, no primeiro nível do sistema:

- de uma atuação como verdadeiros centros de saúde, operados por uma equipe de saúde da família;
- de uma delimitação territorial de abrangência, com o desenvolvimento de ações focalizadas na promoção da saúde;

- numa atuação contínua, personalizada, reconhecedora da importância do relacionamento humano, estimuladora das ações intersetoriais.

Os resultados de tal estratégia têm demonstrado sua alta resolubilidade (incluindo aspectos curativos), baixos custos diretos e indiretos, com excelentes efeitos na articulação com outros setores que determinam a saúde. Embora as faculdades de saúde pública não dêem conta da totalidade do processo de formação de profissionais e capacitação de agentes de saúde, para trabalhar nesses projetos, têm dele participado, juntamente com as faculdades de medicina e enfermagem, exercitando o pressuposto da transdisciplinaridade na articulação das Instituições e, conseqüentemente, dos saberes.

Os Pólos de capacitação têm sido criados, com o objetivo de preparar pessoal para os projetos e com a pretensão implícita de se contrapor ao paradigma flexeneriano, mostrando os aspectos positivos da promoção da saúde decorrente de ações concretas de saúde da família, referenciadas nessa linha de pensamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a estratégia SF representa uma concepção de atenção à saúde, focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, cria-se condições que conduzem à construção de um novo modelo, de atenção à saúde, mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário.

No entanto, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

O profissional da equipe de SF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Este profissional deve ser capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E, para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação.

Todas estas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, através do acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência. Ciente de que os sistemas de saúde não dispõem, hoje, de um número satisfatório de profissionais com este novo perfil, o Ministério da Saúde vem investindo, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, em Pólos de Formação,

Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família, com o objetivo de articular o ensino e o serviço, estimulando-os a reformarem seus cursos de graduação e a implantarem programas de pós-graduação.

Ao lado dos investimentos nos Pólos de Capacitação, o Departamento da Atenção Básica coloca, à disposição dos técnicos responsáveis pela capacitação de equipes de Saúde da Família, propostas de curso introdutório e de implementação de projetos de Educação Permanente, com o objetivo de buscar dar respostas imediatas às crescentes demandas de capacitação dos profissionais que atuam no PSF.

O processo de desenvolvimento de um programa de Educação Permanente (EP) implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

A EP desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho. A produção de conhecimentos em saúde caracteriza-se, então, como um processo gerado no trabalho, fundamentalmente participativo, já que resulta da confrontação de diferentes e complementares experiências entre a equipe de saúde e a comunidade.

Assim sendo, as necessidades de aprendizagem das equipes do PSF deverão coincidir com seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, elementos essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangências. Nessa perspectiva, tem se preconizado que o processo educativo não deve ser considerado um momento particular da vida acadêmica, e sim, um investimento na formação para o trabalho, onde o mesmo possa definir as demandas educacionais.

A EP deve ter, como objetivo central, a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

A Equipe de Saúde da Família, ao mesmo tempo em que forma um novo campo de conhecimento e ação, através da troca de idéias e experiências pessoais e profissionais, deve respeitar as formações individuais ou especialidades de cada um de seus membros. Tal

aspecto visa evitar indefinição de competências, na medida em que cada um tem suas responsabilidades profissionais e institucionais⁸.

Diante da escassez, no mercado de trabalho, de profissionais com perfil para atuar no Saúde da Família, impõe-se o desenvolvimento de programas consistentes de educação permanente, voltados à superação dos problemas encontrados no cotidiano do exercício profissional. Tal situação não pode ficar sob responsabilidade exclusiva do sistema de saúde, mas deve ser compartilhada pelas instituições de ensino.

É importante reforçar que o processo educacional precisa estar centrado no trabalho, buscando a competência profissional, com repercussões favoráveis sobre a qualidade do atendimento à população. Assim, o horizonte para a educação permanente é a efetiva concretização dos princípios do SUS. Avançar nesta direção, significa não só ampliar e aprofundar as reflexões mas, sobretudo, revertê-las em ações concretas, disseminando os conhecimentos desenvolvidos.

A formação de uma equipe de saúde não se faz pela mera reunião de pessoas em um dado local, mas pela articulação entre as funções a serem desempenhadas por um determinado conjunto de profissionais que, de diferentes formas, encontram-se, ali, para consecução de objetivos comuns. Espera-se, pois, que o processo de educação permanente funcione como fonte de conhecimento e como objeto de planejamento e transformação das práticas de Saúde da Família.

O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos. Apresentamos, a seguir, as principais características da política de educação permanente, com base no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde: Programa Saúde da Família. Educação Permanente (2000):

1) *Definindo os objetivos:* O processo de educação permanente para a estratégia de Saúde da Família objetiva:

- melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
- aumentar a resolutividade das ações, frente aos problemas prevalentes;
- fortalecer o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;

⁸ Como o SUS definiu a co-responsabilidade da atenção, neste momento, incluem-se as instituições de formação profissional de saúde, com base na Lei de Diretrizes e Bases (LDB).

- fortalecer o compromisso com a saúde da população, por parte dos membros da equipe.

2) *Definindo etapas para o desenho de um Projeto de Educação Permanente:* O desenho de um projeto de educação permanente para as ESF deve incluir, de maneira simplificada:

- levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais;
- elaboração dos objetivos de aprendizagem;
- seleção de conteúdos ou temas;
- definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
- organização seqüencial do currículo/grade programática;
- definição das atividades;
- execução do programa, com contínua avaliação do processo e dos resultados.

3) *Levantando as necessidades da comunidade:* Este é um passo fundamental, na proposta de construção de currículos voltados para a comunidade.

Esta proposta, denominada, internacionalmente, *community-oriented education* vem sendo desenvolvida por diversas instituições de ensino, em todo o mundo, interligadas em rede, apresentando resultados promissores na melhoria da qualidade do processo de aprendizagem. É importante conhecer, também, o perfil dos futuros treinados, que geralmente apresentam graus diferentes de necessidades de aprendizagem, em termos de conhecimentos e habilidades.

4) *Elaborando os objetivos de aprendizagem:* Após estes levantamentos, é possível elaborar os objetivos de aprendizagem que permitam, aos alunos, ter clareza sobre o que se espera que eles aprendam, durante o treinamento; é possível, também, acompanhar e avaliar o grau de alcance destes objetivos, ao final de cada etapa e do curso como um todo.

5) *Selecionando conteúdos e tema:* Esta seleção deve ser coerente com os objetivos de aprendizagem, que sugere uma série de conteúdos programáticos, por ciclo de vida, que podem contribuir para o desenvolvimento do projeto de EP. Outros conteúdos devem ser agregados, de acordo com as necessidades locais.

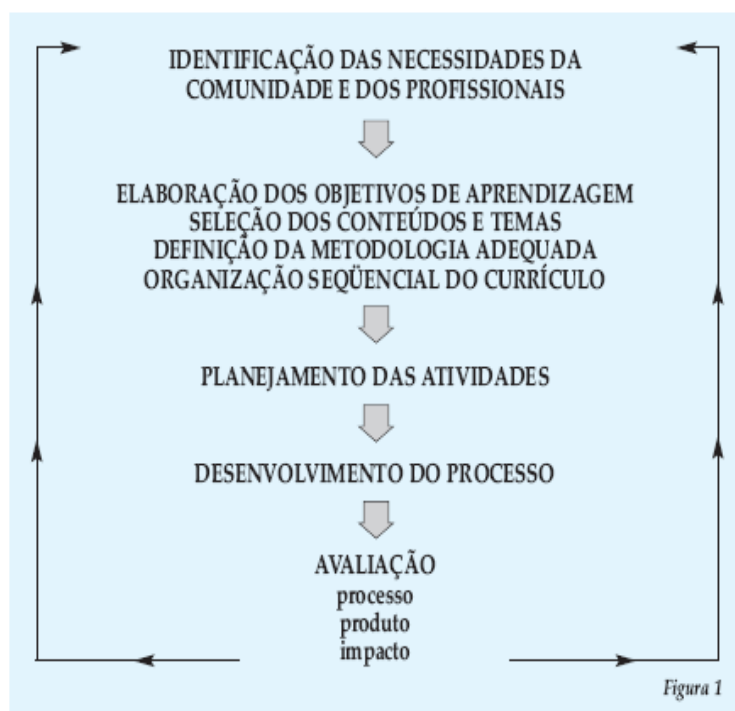
6) *Identificando métodos e técnicas de ensino-aprendizagem:* Neste processo de identificação, é preciso considerar o tipo de aprendizagem esperado. Por exemplo: se o objetivo é a aquisição de conhecimentos de fatos, normas e legislação, uma aula expositiva ou estudo dirigido de um texto poderão ser suficientes. Mas, se o que se espera for aquisição de uma habilidade, um treinamento prático seria mais indicado. Se o objetivo for adquirir conhecimentos que exigem formulação, análise ou reflexões mais complexas, metodologias problematizadoras serão mais apropriadas.

7) *Organizando a seqüência curricular/grade programática:* A organização do currículo deve seguir uma lógica que facilite o processo de aprendizagem. Por exemplo: alguns conteúdos são pré-requisitos para a entrada de outros. Outro referencial para a estruturação lógica do currículo/grade programática é a seqüência em que as atividades devam ocorrer, na prática dos cursos.

8) *Planejando as atividades educacionais:* Nesta etapa, é importante elaborar um cronograma, prevendo os recursos humanos, materiais e financeiros necessários, bem como definir um plano gerencial para acompanhamento da execução físico-financeira do projeto/curso.

9) *Avaliando os alunos:* É fundamental estabelecer um sistema de avaliação dos alunos, que pode ser formativa ou certificativa.

A avaliação formativa é realizada durante o curso e tem, como objetivo, aferir o desempenho do aluno, sem atribuir nota. A avaliação certificativa, ao contrário, é realizada no final de uma unidade ou ao final do curso e tem, por objetivo, aprovar ou não o aluno. Vejamos, a seguir, uma representação gráfica das etapas para o desenho de um Currículo, a partir da qual iniciaremos a análise desta formação.



Fonte: Ministério da Saúde. Caderno 3. Educação Permanente. 2000.

2 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA: CONTRADIÇÕES E PERSPECTIVAS

Ao discutirmos as políticas que influenciam a formação em saúde, nos deparamos com um conceito muito utilizado: o de educação permanente/continuada.

A identificação Educação em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido, dos atos produzidos no cotidiano.

Para fins, destaco que aquilo que deve ser realmente central à Educação em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (desruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). É com esta concepção que discutiremos a educação, neste breve capítulo.

2.1 Educando pela educação permanente e continuada

O conceito de educação continuada é antigo, no Brasil, e teve origem entre a década de 50/60, ganhando nova roupagem no mundo atual. Neste momento, o modelo da saúde, oferecido à população, era curativista (hospitalar). Sendo assim, este conceito, quando analisado fora de sua materialidade, gera consensos, uma vez que se torna difícil contestar a necessidade e o direito do homem de aprender, durante toda a sua existência. No entanto, conforme a historicidade em que o conceito é gerado, engloba uma série de valores e vieses, que longe de possibilitar a formação integral do homem, vem, antes, modelando-o para uma nova sociabilidade, mais condizente com o modelo político econômico atual (DURÃO, 2005).

A educação continuada, no Brasil, torna-se mais conhecida, pois sua existência já era discutida. Segundo Durão, mesmo nos países periféricos como o Brasil, apesar de não termos vivenciado a democratização do ensino, a promessa de integração entre educação e serviço

estava presente, devido à educação continuada. A escola era vista como a principal fonte de legitimação para a entrada no mercado de trabalho. A dualidade do sistema educacional brasileiro, cindindo a formação geral e a formação profissional, era representativa do tipo de “integração” que estava em pauta, para a sociedade brasileira. As causas do subdesenvolvimento do país ficavam atreladas à necessidade de industrialização e à falta de uma mão-de-obra capaz de atender a essas demandas. A importância dada à educação continuada refere-se, sobretudo, ao treinamento em serviço, ajustando-se o trabalho à tarefa de trabalho, por meio de cursos de pequena duração (DURÃO, 2005).

A crise do trabalho assalariado levou o mundo ao questionamento sobre a centralidade da sua existência e a perspectivas diferenciadas, caminhos para uma sociedade sem trabalho (GORZ; SHAFF, 1990).

Shaff, sinaliza que o avanço das tecnologias teria libertado o homem do trabalho e aumentado o seu tempo livre. Neste período, a educação continuada existia como busca de alternativa, dos indivíduos, em seu tempo livre de trabalho, em atividades educativas, como: lazer, cultura, cursos para atualização profissional, etc. Assim, a educação continuada, na vida adulta, foi sendo incorporada no ambiente de trabalho, devido à inserção de rápidas tecnologias e forma de comunicação.

Segundo Durão, a tendência ao aumento do tempo livre, no capitalismo atual, ainda é um tema bastante controverso, uma vez que os benefícios gerados pela introdução de novas tecnologias, longe de terem liberado o homem do trabalho, têm levado à sua intensificação e, conseqüentemente, à precarização das suas condições e ao desemprego estrutural.

A educação continuada configura-se, neste cenário, como uma promessa de integração que, conforme o segmento que pretende atingir, bem como a posição do país no sistema mundial, apresenta matrizes diferenciadas, tendo, no conceito de competência, e, conseqüentemente, no de empregabilidade, o seu principal suporte ideológico. A educação passa a ter o caráter adaptativo, uma vez que, descartada a possibilidade de transformação do mundo, cabe aos indivíduos ter flexibilidade para enfrentar as turbulências que o novo modelo econômico acarreta. Para isso, o indivíduo tem que ser responsável pelo seu próprio crescimento.

No Brasil, assim como em outros países periféricos, lidar com uma nova promessa de integração, sem ter assegurado minimamente a promessa passada (SANTOS,1999), é um paradoxo.

Os autores Haddad (2001), Pierro el alli (2001) e Ferreira (2003) vêm enfatizando a necessidade de se focar a educação continuada em um sentido mais amplo, como o direito

de todos os indivíduos à educação, para o resto da vida, incluindo, nesta perspectiva, a educação de jovens e adultos. Este enfoque baseia-se na Declaração de Hamburgo, sobre a Educação de Adultos, resultante da V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos (1997), onde se redimensiona este papel da educação, considerando-a não apenas como resgate de uma escolaridade perdida, mas como o direito de todos os cidadãos de ter acesso à educação permanente. Destaca o sentido dado à educação básica, a qual deve ser pensada não somente na sua relação ensino/aprendizagem, mas como amplo acesso a necessidades básicas de aprendizagem, relacionadas com a de saúde, tais como: alimentação, saúde, entre outros, que permitam uma educação mais equitativa (DURÃO, 2005).

A promessa de mudanças na saúde surge, através do Movimento Sanitário que, segundo Cordeiro (1991), tem sua origem na década de 70, pelas universidades, nos Departamentos de Medicina Preventiva, durante a ditadura militar. Apesar da origem acadêmica, o pensamento era não só contribuir ao conhecimento científico, mas também aliar a produção científica, na busca de novas práticas políticas, e a difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. O objetivo deste grupo era difundir o ideário da saúde, sua história, condicionada às políticas sociais, e que a participação comunitária fosse uma das estratégias de transformação (ALMEIDA, 1999).

Em 1972, as Organizações Internacionais (OMS, Banco Mundial, UNESCO) começaram a se incomodar com a situação da saúde da população brasileira, devido à iniquidade do sistema da saúde. Neste mesmo período, a economia do Brasil entra em crise, devido a problemas econômicos que já vinham se acumulando com o financiamento de obras, agravado pela crise do petróleo, em 1973, que afeta, de maneira direta, o desenvolvimento industrial. Entre 1974 e 1978, a dívida externa brasileira duplicou, dificultando o programa de desenvolvimento do Estado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1977, elabora um documento, titulado “Saúde para todos no ano 2000”, que tem, como principal meta, a universalização da cobertura, pois, em 1974, foi criado o Ministério de Previdência e Assistência Social, que institui o Programa de Pronta Ação (PPA), que determinou que todos os hospitais deviam atender as urgências, independentemente se a pessoa é contribuinte, ou não, do Instituto Nacional de Previdência Social.

Em 1978, na Rússia, ocorre a reunião de Ministros, que elabora a ALMA-ATA, onde preconizou a atenção primária, que deveria ser a estratégia chave para um novo modelo assistencial.

As universidades começaram a crítica ao modelo de educação continuada que existia neste período, pois não se adequava à proposta da ALMA-ATA. Desta forma, esta insatisfação se somou aos movimentos sociais que lutavam pela ampliação dos direitos, constituídos pela Reforma Sanitária.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) começa a reformular o conceito de educação, conceituando-a como educação permanente. Isso aconteceu em meados da década de 80, devido à necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que vinham acontecendo no Brasil, pelo capitalismo. Assim, abandonam o termo educação continuada, devido à ligação da formação direta com o modelo hospitalar, e passa-se a utilizar o conceito de permanente, que tenderia ao modelo de atenção primária, vislumbrada na ALMA-ATA.

A partir de 2003, a educação permanente deixa de restringir-se às políticas de formação para o trabalho e assume um caráter de política governamental, apresentando-se como uma estratégia para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social no setor saúde.

Assim, a terminologia de educação continuada e permanente se encontra em plena utilização, no vocábulo da formação do profissional de saúde. Sabe-se que a formação continuada ainda é utilizada. Segundo Kurcgant (1991), a educação continuada é uma estratégia para que ocorra a educação dos funcionários, no seu local de trabalho. Esta estratégia facilita a transformação do potencial do emprego em comportamentos objetivos, além de oferecer condições para que interprete e utilize a realidade que o cerca.

A educação continuada começa a ter vários conceitos, sendo que um deles é dado por Werther (1983), nos seguintes termos: “educação favorece o auto-desenvolvimento do funcionário, levando-o a ter uma maior satisfação no trabalho, melhorando a sua produtividade”. Já a OMS conceitua “como processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal a apreender competências importantes para o seu trabalho”. O grupo de peritos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) “considera a educação contínua como um processo permanente, que se inicia após a formação básica e está destinada a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais.” Silva (1986), já define que é um conjunto de práticas educacionais planejadas, no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional.

Bezerra (2003) entende a educação continuada como um processo que busca propiciar, ao indivíduo, a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacitação profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social.

Já a educação permanente, segundo Bezerra (2003), é um processo prolongado pela vida toda, em contínuo desenvolvimento. Desta forma, a educação permanente, segundo MS (2003), parte do pressuposto que é a aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham, como objetivo, a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando, como referência, as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e, não, seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Já para Pierre Furter (1974), a educação permanente é uma forma radical de responder, pedagogicamente, às mudanças profundas que acontecem em nosso mundo.

Ceccim (2005) identifica a educação permanente em saúde, ao mesmo tempo em que disputa a atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Insere-se em uma necessária construção de relações e processos, que vão do interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes, práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde - e as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. Motta (1998) também define como estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

Desta forma, a educação vislumbrada na concepção de permanente passa a ter uma postura de pedagogia da competência, que, segundo Ramos (2004), passa a exigir, tanto do ensino geral, quanto do profissionalizante, que noções associadas (saber, saber-fazer, objetivos) sejam acompanhadas de uma explicitação das atividades (ou tarefas), em que elas podem se materializar e se fazer compreender. As concepções que cercam a pedagogia da competência também constroem a conceituação da educação continuada e permanente, que busca transformar a ação dos profissionais de saúde, através da educação.

Como vislumbrar a proposta da educação permanente preconizada pelo Ministério da Saúde. Diante desta realidade, como articular as políticas de educação permanente em saúde?

A mudança do nome, e não do conteúdo, demonstra a relação de necessidades de mudanças, porém, marca a ausência de um serviço de educação voltada às verdadeiras necessidades profissionais.

A ideologia da teoria do Capital Humano ressurgiu. Esta teoria foi desenvolvida/recuperada pelo processo de desenvolvimento do mundo, onde os serviços e a criatividade dão o tom e o capital físico, que era a variável-chave do crescimento econômico, perde lugar, hoje, para o capital humano, representado pelo conjunto de capacitações que as pessoas adquirem, através da educação, de programas de treinamento e da própria experiência, para desenvolver seu trabalho com competência, bem como pelo desenvolvimento de várias competências do ponto de vista profissional. Segundo esta teoria, poderíamos dizer, de forma simples, que o progresso de um país é alavancado pelo investimento em pessoas. O perfil do profissional do futuro, caracterizado pelo capital humano, se caracteriza: pela formação - global sólida; por conhecimentos extra-computação, domínio de várias línguas; por polivalência - condições de atuar em várias áreas; por cultura ampla - domínio de informações culturais e tecnológicas; por capacidade de inovação - predisposição para mudanças; por atualização - reciclagem contínua dentro da atividade; por capacidade analítica - postura crítica, interpretação antecipada das necessidades futuras da sociedade; por interação - emoção e razão integrada facilitarão o desempenho.

Segundo Gentili (2004), a teoria do capital humano vincula a idéia da empregabilidade e integração profissional. Assim, a teoria acaba por estruturar várias possibilidades de formação profissional, através de habilidades, competência, entre outros. A sociedade do conhecimento busca permanentes mudanças, com uma educação de qualidade total. Porém, sabe-se que não há lugar para todos, dentro do mercado de trabalho (emprego/empregabilidade). O pragmatismo da educação e a mudança conceitual liberal têm nuances ao nível estrutural, respondendo às necessidades e capitalismo de hoje.

A mudança da terminologia, que se explica em cima das ambigüidades, poderia estar ligada à idéia de que seria esta a educação mais adequada a uma sociedade de mudanças, tendo, por trás, a idéia de que ninguém esteja pronto para o mercado de trabalho? Não existindo uma formação profissional, com valor temporal e estrutural, paralelamente, a idéia de educação permanente, no contexto onde foi gerado, o que é apresentado como algo avançado, em verdade seria a expressão adequada à própria regressão das relações sociais mais ampla? Como aponta Chauí (2004), a idéia de sociedade em permanente mudança e que

exige permanente atualização, que esconde ou mascara um contexto histórico, que é de insegurança social/histórica, assim como a teoria do capital humano, não foi superada por competências, habilidades, mas demarcou a desintegração da educação, assim como orientação do Banco Mundial, e se situa na ótica pragmática e fragmentada de educação em saúde da família.

2.2 A Política de Educação Permanente no contexto do Saúde da Família

O PSF foi concebido, pelo MS, em 1991, através do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em todo território nacional.

Desta forma, o objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial, em novas bases e critérios de atuação, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura das doenças e realizado principalmente em âmbito hospitalar. A execução da atenção é centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando, às equipes, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas ambulatoriais. Desta forma, a estratégia que o programa executa possibilita integração e promove a organização destas atividades, em um território definido⁹, tendo, como base, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰.

A estrutura de funcionamento é, a partir de uma Unidade de Saúde da Família, com atendimento ao público, através da equipe multiprofissional¹¹, que assume a responsabilidade por uma determinada população, onde desenvolve ações de promoção e prevenção, tratamento e reabilitação de agravos à saúde.

⁹ O território definido é, também, denominado área adstrita, local onde é demarcado para realizar assistência do PSF.

¹⁰ Os princípios que norteiam o SUS são: regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado.

¹¹ A expressão multiprofissional visa a proposta do trabalho em equipe e tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização, na área da saúde. Este processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção, em aspectos individualizados, das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

A composição da equipe multiprofissional básica é de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar de enfermagem, 01 enfermeiro e 01 médico generalista ou médico de família; outros profissionais poderão ser incorporados à equipe de Saúde da Família ou em equipe de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais, sendo eles odontólogos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, entre outros.

O PSF foi crescendo e tomando forma de um programa capaz de assistir as famílias, em sua amplitude e complexidade. O tempo foi passando e as equipes do PSF aumentavam, conforme a necessidade de cada município. Desta forma, houve a necessidade de realizar, com as equipes já envolvidas, a educação operacionalizada, através da estratégia da implantação de Pólos de Capacitação, a partir de 1997, com recursos da REFORSUS¹².

O pólo surge, em todo território nacional, por meio da estratégia de articulação ensino-serviço, destinado a influir na qualificação dos profissionais de saúde, no sentido de consolidar um Sistema de Saúde fundamentado nos princípios da equidade, integralidade e universalidade da atenção. Em geral, são vinculados a universidades e articulam uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente, de recursos humanos para a saúde. São desenvolvidos programas voltados para o pessoal atuante em unidades de Saúde da Família, por meio de convênios com as Secretárias de Estados e Municípios.

Os objetivos que definem a atuação de cada pólo estão constituídos em:

- 1- Curto prazo: capacitação introdutória para as equipes de PSF, sensibilização das equipes de saúde da família, em relação às bases conceituais, e atualização técnica em área específica;
- 2- Médio prazo: educação permanente, nos diversos campos relacionados à saúde da família, curso de especialização de supervisores e multiplicadores;
- 3- Longo prazo: atividades e estratégias para impacto, na formação profissional, em nível de graduação e residência, em saúde da família.

Educação Permanente que é concebida pelo pólo como estratégia de aprendizagem, a partir da problematização do processo de trabalho, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano das organizações do trabalho, que busca estabelecer o objetivo do pólo.

¹² O Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) é um dos maiores projetos de investimento do Ministério da Saúde e integra o Plano de Metas, do próprio Ministério, e o Programa Avanço Brasil. Instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo, celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD).

O pólo utiliza uma ação estratégica para transformar a organização dos serviços e os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, em trabalho articulado entre sistemas de saúde e instituições formadoras. Assim, na Estratégia de Educação Permanente em Saúde, a mudança da organização e do exercício da atenção tem que ser construída a partir da prática concreta das equipes de trabalho, cabendo a gestão destes processos ao Pólo de Educação Permanente - instância de Articulação Interinstitucional da Educação Permanente em Saúde, das práticas profissionais e na própria organização do trabalho. E é diante da necessidade de qualificar profissionais para a atenção à saúde, através da estratégia do PSF, que foi criado o consórcio do Ministério da Saúde (MS), para atender o objetivo do PSF. Desta forma, foram instituídas, em âmbito nacional, as especializações em saúde da família, fornecidas em várias instituições conveniadas com o MS, no Estado do Rio de Janeiro.

2.3 Histórico do pólo de capacitação de recursos humanos em saúde, suas perspectivas e visão de futuro

As reformas do setor saúde aconteceram após a Reforma Sanitária, que ocorreu, no Brasil, em 1988, e que se materializou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, aconteceu um amplo processo de estruturação e de movimento, para uma nova organização do paradigma de atenção vigente, que produziu a criação dos Pólos de Capacitação, que busca incentivar a cooperação institucional, como forma de favorecer a mudança da prática profissional, da gestão e do controle social em saúde e promoção da educação continuada em serviço, garantindo a continuidade e a sustentação do SUS.

O Pólo de Capacitação foi conceituado na Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, realizado em Brasília-DF, em 2002, pelo Ministério da Saúde, como:

...articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às Instituições de Ensino, que se consorciaram ou celebraram convênios com Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, para implementarem programas de capacitação direcionados à estratégia de Saúde da Família (MS, 2002).

O Pólo de Capacitação de Recursos Humanos foi implantado em 1997, fase em que operacionalizou ações de curto prazo. No período compreendido entre 1999 e 2000, as

capacitações foram assumidas técnica e financeiramente, pela Secretaria Estadual de Saúde de cada Estado. A alocação de recursos do Ministério da Saúde efetivou-se, através da celebração dos convênios nº 792/2000 e nº 489/2002, colocando, à disposição do Estado, um total de R\$ 275.000,00 (duzentos e setenta e cinco mil reais), destinados à capacitação dos profissionais da área de saúde.

Assim, iniciam-se as atividades educativas, priorizando os profissionais de saúde do PSF. Esta formação vislumbra os profissionais de todos os níveis.

2.4 Competência e composição dos Pólos de Educação Permanente

O Pólo de Capacitação de Recursos Humanos faz uma re-leitura da educação permanente como um dos recursos estratégicos para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Com o intuito de dar visibilidade ao seu processo operativo, ficou estabelecido que compete, ao Pólo, apoiar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar atividades inerentes à capacitação, qualificação e formação dos recursos humanos das Unidades Assistenciais, Departamentos, Coordenações, Gerencias e Divisões da Secretaria de Estado da Saúde e Equipes de Saúde da Família, implantadas nos municípios dos referidos Estados.

A composição do Pólo compreende 03 (três) níveis: Nível de Condução Político-Institucional, que é a instância superior de coordenação das atividades do Pólo; Nível de Condução Político-Operativo, responsável pela viabilização das prioridades e gestão dos resultados esperados e o impacto provocado pelos mesmos, através de monitoramento e avaliação das ações e atividades pertinentes ao Pólo de Capacitação de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde; e Nível de Condução Executiva constitui-se na instância de confluência dos projetos de capacitação das áreas técnicas, de projetos de estruturação da educação permanente de recursos humanos, de projetos de monitoramento e avaliação das ações do Pólo e de projetos de pós-graduação.

O papel das Equipes de Saúde da Família, junto aos seus respectivos Departamentos, Coordenações e Gerencias, será fundamental na problematização do processo e da qualidade do trabalho e na identificação das necessidades de capacitação, permitindo articular gestão e formação, no enfrentamento dos problemas concretos de cada área de atuação.

Um dos instrumentos de acompanhamento e avaliação do Pólo de Capacitação é a implantação do Banco de Dados, que possibilitará visualizar e analisar, mensalmente,

informações quantitativas sobre cursos, eventos, categorias profissionais, instituições e facilitadores, dentre outras, fornecendo indicadores para acompanhamento das atividades previstas e redimensionamento de objetivos e metas, quando necessário.

O Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro é, portanto, uma parceria iniciada, em 1997, entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Universidade Federal Fluminense (UFF) e as Secretarias Municipais de Saúde, do Rio e de Niterói, articulada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES). Em 1999, passam a integrar o Pólo do Rio, a Faculdade de Medicina de Campos, a Fundação Educacional Serra dos Órgãos, a Universidade Severino Sombra (USS) e Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). São convidados a constituir esta estratégia o Pólo de Educação Permanente, os gestores estaduais e municipais de saúde e educação, as instituições de ensino técnico e superior na área de saúde, estudantes, trabalhadores, conselhos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde, interessados na consolidação do SUS, que garante a atenção integral, universal, equitativa e com forte participação social.

A gestão do Pólo de Educação Permanente deve ser colegiada, onde todos os participantes têm vez e voz, visando o estabelecimento de parcerias, evitando-se tendências ao individualismo e ao cooperativismo.

A referida Portaria Ministerial, sobre a política de educação permanente, tem como objetivo fornecer as seguintes orientações e diretrizes, para a operacionalização e constituição dos Pólos de Educação Permanente:

- conceitos e definições;
- colegiado de gestão;
- processos de constituição do Pólo de Educação Permanente;
- bases de atenção do Pólo de Educação Permanente;
- gestão colegiada do Pólo (conselho gestor, secretaria executiva e comitês temáticos);
- função do colegiado de gestão do Pólo;
- diretrizes para validação/ aceitação de projetos dos Pólos;
- formulários e instruções de procedimentos;
- critérios para alocação de recursos financeiros para o Pólo, entre Estados da federação;

Para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, a proposta é que o processo de formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde tenha, como referência, as reais necessidades das pessoas e da população, de gestão setorial, do controle social em saúde e que, a partir delas, sejam gerados projetos de trabalho, a partir dos quais possam ocorrer as transformações necessárias para melhorar o funcionamento do setor saúde.

Um exemplo claro que podemos citar, neste caso, é o estabelecimento de parcerias e compromissos com as Universidades, o que gera produção de conhecimento em Atenção Básica; novas tecnologias assistenciais; prestação de serviços - articula seus serviços na rede regionalizada e hierarquizada, porta de entrada, etc. e formação profissional - aderindo às diretrizes curriculares, PROESF, PROMED, etc.

2.5 A Educação permanente, segundo o Ministério da Saúde

A proposta do Ministério da Saúde afirma a educação permanente como base na reflexão crítica sobre as práticas reais, utilizando-se a metodologia da problematização, que descreve a educação, possibilitando a condução das transformações das práticas profissionais e da organização dos serviços; as formas para conduzir o processo de educação permanente, através da ação modular; a educação à distância e a dispersão-concentração.

Assim, para que haja a ação da educação permanente, deve se organizar em dois campos, a saber:

- Gestão: capacitação de Equipes Gestoras, em gestão de sistemas de saúde e em gestão de serviços (hospitalares, básicos, intermediários, saúde da família, de informação, de trabalho em saúde, da vigilância sanitária, da vigilância ambiental, etc)

- Atenção: está relacionada ao atendimento direto, prestado à população, tais como atendimento pré-hospitalar; urgências e emergências; internação domiciliar; cirurgia ambulatorial; saúde mental; gestação saudável; Atenção Básica e Saúde da Família; Saúde do Idoso, etc.

Este movimento educativo, para os profissionais de saúde, não vai acontecer por si só, mas com todo o contexto social que demarca a formação. Veremos, a seguir, as instituições que estão inseridas neste movimento.

2.5.1 Instituições e suas ações, no contexto da Educação Permanente

A ação do Ministério da Saúde, para conduzir a estratégia da Educação Permanente, é de criar parcerias entre instituições de ensino, para ajudar na qualificação profissional.

Descreveremos, aqui, o perfil das instituições e seus objetivos, como parceiras:

- Escolas técnicas de saúde: A qualificação e a formação profissional de nível técnico; reforços das Escolas Técnicas de qualificação a profissionais do SUS: formação de docentes e currículo por competência; produção de conhecimentos próprios da área e Reformulação do Agente Comunitário de Saúde (ACS): redefinição das competências profissionais.

- Escolas e cursos de graduação: A Adesão às Diretrizes Curriculares/MEC; utilização de metodologias ativas de Ensino-Aprendizagem, de novos métodos de avaliação, de preparação de novos cenários de ensino, de gestão das unidades educacionais, de preparação de professores e da nova relação Ensino – Serviços.

- Pós-graduação para profissionais do setor saúde: Construir formas e conteúdos, em parceria com os serviços, e diversificar as ofertas de formação, de acordo com as necessidades do sistema de saúde.

Com as propostas, anteriormente implantadas, pelo Ministério, para atender aos profissionais de saúde, em 2004, mediante Portaria MS nº 198, de 13 de fevereiro, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS, para formação e desenvolvimento dos recursos humanos que trabalham para o setor.

No mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde, em plenária da Centésima Trigesima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 26 e 27 de novembro, de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições, conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro, de 1990 e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, de 1990, define que:

Através da Constituição Federal no Art. 200, incisos III e IV, que atribuiu, ao SUS, a ordenação da formação de seus recursos humanos, bem como o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde; b) considerando os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS-NOB/RH-SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, que incentiva a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva à saúde, para a garantia da qualidade da atenção à saúde; c) considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais para as profissões da saúde; d) considerando o parecer favorável da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para o SUS, do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS), à proposta da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), MS; e) considerando que esta Política foi aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 134ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de setembro, de 2003; f) considerando que a referida Política tem, como objetivo, a promoção da articulação entre Formação, Gestão, Atenção e Controle Social em Saúde, atendendo às recomendações da NOB/RH-SUS para promoção de mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde, tendo em vista a humanização, a integralidade e o trabalho em equipes matriciais na organização do trabalho em saúde“(MS, 2003).

Após a lei, o Ministério da Saúde resolve:

Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente; 2) Recomendar aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que envidem esforços para a implantação e implementação desta Política, assegurando todos os recursos necessários à sua viabilização, buscando, ao máximo, a permeabilidade às instâncias de controle social do SUS e o engajamento das instituições de ensino na área de saúde do País e 3) Apoiar as estratégias e ações que visem à interação entre a formação de profissionais e a construção da organização da atenção à saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e desta Política. (MS, 2003) .

A estratégia de Saúde da Família, compõe o Plano de Ações e Metas prioritárias do Ministério da Saúde, que tem, como objetivo, reorganizar a atenção básica à saúde. Desta forma, o Pólo de Saúde da Família, tem, em sua equipe prática, profissionais capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Este Pólo de Saúde da Família, com base estratégica na ação da Educação Permanente, forma um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E, para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação.

Todas estas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, através do acompanhamento de indicadores de saúde, da área de abrangência. Ciente de que os sistemas de saúde não dispõem, hoje, de um número satisfatório de profissionais com este novo perfil, o Ministério da Saúde vem investindo, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, em Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família, com o objetivo de articular o ensino e o serviço, estimulando-os a reformarem seus cursos de graduação e a implantarem programas de pós-graduação.

O Pólo de Capacitação é o espaço de articulação de uma ou mais entidades, voltada para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Estas entidades são vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integram com secretarias estaduais e municipais de saúde, para implementarem programas de capacitação, destinados aos profissionais de Saúde da Família.

Já estão implantados em todos os Estados. Essa rede congrega, atualmente, mais de 100 instituições de ensino superior - Universidades, Faculdades e Escola de Medicina e Enfermagem - e vem exercendo um importante papel, junto aos gestores do SUS, na formação

e operacionalização de uma agenda de trabalho, voltada para orientar a formação, capacitação e educação permanente das Equipes de Saúde da Família.

Através deste breve estudo, observamos que a estratégia da educação permanente vem criando força para atender a um mercado de necessidade de saúde. As transformações sociais que surgem também vêm ao encontro das necessidades de formação profissional. O modelo de ação de educação, que surge através da proposta da educação permanente, busca parceiros e cresce rapidamente, com o objetivo de dar melhores respostas às questões de saúde que a equipe de saúde da família vem enfrentando. Porém, uma questão reflexiva: os pólos de saúde da família estão conseguindo capacitar seus profissionais com lógica da educação permanente em saúde, proposto pelo MS? Esta questão será rediscutida, no terceiro capítulo.

3 PROPOSTA E PRÁTICA DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO PERMANENTE: INTENÇÕES E CONTRADIÇÕES

Neste capítulo, examinaremos a proposta de política pública de formação de profissionais da atenção básica, dentro do Consórcio do Programa Saúde da Família, no Rio de Janeiro, envolvendo as seguintes universidades: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) e Universidade Severino Sombra (USS). Inicialmente, buscaremos contextualizar a concepção que orienta a proposta de curso de especialização em saúde da família, objeto do consórcio. Num segundo item, abordaremos os elementos de realidade sobre a qual as instituições conveniadas justificaram sua proposta de curso. Por fim, com sentido indicativo, buscaremos analisar o que foi, na prática, o curso. Neste sentido, buscaremos uma entrevista com representante institucional¹³ e 02 entrevistas egressos.

3.1 Contextualizando a efetivação do consórcio de formação em PSF, entre instituições públicas e privadas

Em nosso país, a saúde é o setor que vem protagonizando o mais significativo processo de reforma de Estado, tendo autores e atores de importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e avanço do movimento, pela reforma sanitária, visando à concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor, no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. Disto, decorre a importância de uma proposta de ação estratégica, que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas em trabalho articulado, entre sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e instituições formadoras. Ao colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, pede-se propor a agregação entre desenvolvimento individual e institucional,

¹³ Inicialmente, tínhamos, como intenção, utilizar o relatório de avaliação das instituições consorciadas. Todavia, considerando que não foi possível ter acesso ao referido documento, optamos por uma entrevista que pudesse nos oferecer os aspectos fundamentais do mesmo. Do mesmo modo, tínhamos intenção de ter um número maior de entrevistados, porém, vários fatores contribuíram para que isso não fosse possível.

entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

Para que esta ação de educação possa se viabilizar, foram criados os consórcios nacionais de formação aos profissionais de saúde.

Em 1994, iniciou-se a implantação do PSF, que vem crescendo rapidamente. No final de 1999, o PSF alcançava quase 2.000 municípios (30,74%), entre 4.500 equipes de saúde, cobrindo cerca de 10% da população brasileira.

O programa vem provocando profundas alterações na condução e operação da política de saúde, no Brasil, nos diferentes níveis de governo, além de modificar os padrões de consumo de serviços de saúde, reorientando a demanda, nos locais onde se encontra implantado. Em particular, o PSF é considerado como um instrumento da reforma incremental, que vem sendo efetuada no interior da política sanitária brasileira, atuando de forma simultânea no modelo de prestação de serviços e ações de saúde, de organização do sistema e nas modalidades de locação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde (VIANNA, 2000).

Desta forma, os recursos humanos em saúde devem ser considerados como uma questão crítica, na produção dos serviços de saúde. A estratégia do SF vem demandando a criação de novos postos de trabalho, os quais irão requerer profissionais que desempenhem uma prática de alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento, bem como no desenvolvimento de habilidades.

Estas demandas devem ser acompanhadas por medidas relacionadas à formação, capacitação e educação permanente do pessoal de saúde, de forma a responder às exigências do modelo proposto. Tradicionalmente, a formação dos profissionais de saúde vem sendo construída num modelo medicalizante, curativista, de forte tendência à especialização precoce. Assim, a consolidação deste processo depende da crescente parceria entre as instituições de ensino e as de serviço.

Para analisarmos a realidade local dos profissionais de saúde, lançaremos mão de fontes de informações externas ao setor saúde, pois as informações específicas de recursos humanos em saúde, geradas no setor, ainda são precárias e de acesso restrito. Neste caso, consideraremos não apenas os profissionais já empregados do setor saúde, mas também a disponibilidade, no mercado, da força de trabalho, bem como a capacidade de formação das instituições de ensino.

3.2 Análise do mercado de trabalho em saúde, no período de 1991 a 1998

As idéias, aqui apresentadas, baseiam-se no Contrato nº 45/2001 e 01/2000 (ANEXO I e II) e , Serviço de Consultoria em Desenvolvimento de Curso de Especialização em Saúde da Família (Brasil, 2001). Esta análise subsidiou a proposta para implantação da especialização em SF, de acordo com os dados obtidos, através do registro nos conselhos profissionais de saúde. Desta forma, podemos aproximar o real quantitativo dos profissionais existentes, uma vez que a filiação aos conselhos é obrigatória para o exercício da prática profissional.

Tabela - Evolução do número de profissionais de saúde, por categoria selecionada, com registros nos respectivos conselhos profissionais. Brasil – 1991/1998.

na	Medicina	Enfermagem
1991	191.271	...
1992	210.666	56.321
1993	205.691	58.115
1994	203.823	59.832
1995	208.033	63.628
1996	205.828	66.857
1997
1998	237.713	73.879

Fonte: CFM, CFO, COFEN e CGDRHSUS/MS, 1999

(....) ausência de dados.

O censo de 1980 indicou a existência de cerca de 1,2 milhões de pessoas ocupadas em atividades de saúde, incluindo empregados e profissionais autônomos. Este número constituía-se, aproximadamente, no dobro do que existia em 1970, representando, então, cerca de 4% do total da força de trabalho ativo do país.

Em 1992, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), identificou a ocorrência de 1.438.708 postos de trabalho, ou seja, empregos, nos serviços de saúde, dos quais 49% no setor privado.

No período, as 27 capitais Estaduais concentravam 60% dos médicos, ficando os restantes 40%, nos demais 6.000 municípios brasileiros. A Região Sudeste estava contemplada com o maior número de médicos, 59% do total.

Tabela 2 - Distribuição do número de médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, por região. Brasil, 1998.

	Capital	Interior	Outros Estados	Ativos	<i>Habitantes x Médicos</i>
Norte	6.022	1.448	177	7.587	1.564,35
Nordeste	28.811	8.742	557	38.110	1.202,08
Sudeste	80.384	60.838	3.171	144.393	477,59
Sul	16.362	16.501	506	33.369	723,85
Centro-Oeste	9.764	4.030	461	14.255	771,30
Brasil	141.343	91.559	4.812	237.714	680,61

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 1998.

Apenas o Distrito Federal e os Estados da Região Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo) apresentam indicadores habitante/médico menor que a média nacional (680 habitantes/médico).

Tabela 3 - Médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina. Região Sudeste, 1998.

UF	Médicos Ativos	na Capital	<i>no interior</i>
MG	23.666	11.769	11.570
SP	72.265	35.048	35.654
ES	4.215	2.188	1.934
RJ	44.247	31.379	11.680
Total	144.394	80,384	80.838

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 1998.

Em relação à região, o Estado do Rio de Janeiro absorve 31% da força de trabalho médico.

A enfermagem, no Brasil, é exercida por distintos agentes, com níveis diversos de formação e escolarização: enfermeiras (nível superior), técnicos de enfermagem (habilitação plena do antigo 2º grau), auxiliares de enfermagem (habilitação parcial do antigo 2º grau) e atendentes de enfermagem (sem qualificação específica)

A participação da enfermagem na força de trabalho em saúde vem crescendo progressivamente. Entre as décadas de 70 e 80, passou de 43,7% para 50,5%, continuando a crescer na década de 90. Este crescimento ocorreu, fundamentalmente, pela incorporação dos atendentes, respondendo à necessidade de expansão dos serviços curativos e dos programas de atenção primária.

Tabela 4 - Profissionais de enfermagem registrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem Brasil, 1998.

Categorias	Nº	%
Enfermeiros	73.879	12,66
Técnicos	67.917	11,64
Auxiliares	307.156	52,63
Parteiras	42	0,01
Atendentes	134.590	23,06
Total	583.584	100,00

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 1998.

Em relação ao total da força de trabalho de enfermagem, a Região Sudeste concentra 60% desse contingente e o Estado do Rio de Janeiro absorve 25% deste total. Chama atenção, o reduzido quantitativo de atendentes do Estado, em relação às demais unidades federativas da região, o que pode ser explicado pelo esforço empreendido, em relação à profissionalização¹⁴.

Tabela 5 - Profissionais de enfermagem, parteiras e atendentes registrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem, por Estado, Região Sudeste, 1998.

UF	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Parteiras	Atendentes	Total
RJ	10.697	20.838	49.885	0	7.671	89.091
MG	5.074	6.378	22.836	3	16.283	50.574
ES	685	1.580	2.350	0	2.228	6.843
SP	21.218	11.470	101.344	0	68.294	202.326
Total	37.674	40.266	40.266	3	94.476	348.834

Fonte: COFEN, 1998.

3.2.1 Sistema formador e disponibilidade de Recursos Humanos em Saúde

As idéias, aqui apresentadas, baseiam-se no Contrato nº 45/2001, Serviço de Consultoria em Desenvolvimento de Curso de Especialização em Saúde da Família (Brasil, 2001) e mostra as variações dos fluxos do sistema de educação superior, que funcionam como importantes indicadores que sinalizam tanto para aspectos educativo, como para expectativas,

¹⁴ De acordo com o Decreto n. 5.154/2004, que regulamenta os artigos 36 e 39 a 41, da nova Lei de Diretrizes e Bases de Educação (LDB), a Educação Profissional pode ser oferecida por meio de cursos e programas de I) formação inicial e continuada, II) educação profissional técnica de nível e III) educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação.

em relação ao futuro de determinadas profissões. Os acompanhamentos, por exemplo, dos movimentos do número de inscritos no exame vestibular e do número de desistentes e concluintes dos cursos da área da saúde, ao longo do tempo, poderão servir como indicadores da demanda por cursos. Estes indicadores podem ser interpretados como sinais do mercado educativo das profissões de saúde. O exame de indicadores compostos a partir dessas variáveis, fornece-nos, também, valiosas informações, acerca da expectativa da população relativamente ao exercício das diversas profissões da saúde, num dado momento. Desde que analisados com a devida cautela, funcionam como sinais de mercado de trabalho futuro.

O acesso aos recursos universitários é igual para todas as ocupações, ou seja, exames de seleção, para os estudantes que completaram o nível médio. Os critérios para admissão são definidos por cada instituição, havendo, no entanto, uma tendência a associações para a realização dos exames, diante do grande número de candidatos.

O acesso dos estudantes à universidade tem se mantido como um “funil”, com o aumento contínuo da relação candidato/vaga, particularmente na área de medicina.

A procura por vagas, no sistema universitário, vem aumentando no conjunto das áreas, mantendo-se, quase constante, a participação de medicina, enfermagem e odontologia, no total de inscrições.

Tabela 6 - Evolução do número de inscrições de candidatos ao vestibular. Brasil, 1989/1998.

Ano	Medicina		Enfermagem e obstetrícia		Odontologia		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	
1989	140.874	7,75	21.856	1,20	99.149	5,45	1.818.033
1990	150.003	7,87	42.432	1,28	103.588	5,44	1.905.498
1991	170.151	8,57	28.995	1,46	117.976	5,94	1.985.825
1992	174.128	9,48	27.517	1,50	115.924	6,31	1.836.859
1993	198.657	9,79	32.789	1,62	107.689	5,31	2.029.523
1994	201.218	8,99	35.722	1,60	116.382	5,20	2.237.023
1995	241.503	9,10	43.800	1,65	136.225	5,13	2.653.853
1996	250.944	9,85	43.990	1,73	141.392	5,55	2.548.077
1997	261.620		53.287		132.755		
1998	262.344		59.178		115.509		

Fonte: MEC/INEP/SEEC

A pequena legitimação social da profissão de enfermagem e a predominância absoluta do assalariamento, pelo mercado de trabalho, podem conter parte da explicação para os enormes diferenciais de procura desta carreira. Enquanto a procura por vagas em medicina já ultrapassa os 250.000/ano, a enfermagem ainda está abaixo de 60.000 inscrições/ano.

A abertura de novos cursos de medicina, enfermagem e odontologia tem seguido padrões distintos, no ritmo e nos períodos.

O surgimento de novas escolas médicas teve características de surto, em dois períodos: de 1950 a 1964 (quase duas escolas por ano) e de 1965 a 1971 (seis escolas novas por ano). Ao final dos anos 70 e até meados da década de 80, ocorreu um grande aumento dos cursos de odontologia, ao contrário de medicina que, praticamente, cessou a abertura de novos cursos, até que, nos anos 90, recomeçou, desta vez com base exclusivamente no setor privado. Trata-se de cursos dispendiosos para os alunos, mesmo nas universidades públicas, esta carreira tem atraído os filhos das famílias de renda mais alta, que aspiram ao mercado de trabalho liberal.

Os cursos de enfermagem tiveram um forte crescimento nos anos 70 (quase cinco escolas por ano) e, mais recentemente, após 1992 (mais de quatro escolas novas por ano).

Pode-se observar, claramente, que, nos últimos 15 anos, o número de cursos de enfermagem e odontologia aumentou bem acima do número de cursos de medicina e que esse aumento se acentuou no período 1997/1998.

Tabela 7 - Distribuição dos cursos de medicina e total de alunos matriculados, por dependência administrativa e Estado da Região Sudeste, 1998.

Estados	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
	cursos /matr.	cursos/ matr.	cursos /matr.	cursos/ matr.	cursos/ matr.
Minas Gerais	4/3.953	1/286		5/2.341	10/6.580
Espírito Santo	1/497			1/812	2/1.309
Rio de Janeiro	3/2.900	1/457		12/8.152	16/11.509
São Paulo	1/672	6/3.429	2/865	13/6.270	22/11.236
Total/Região	9/8.022	8/4.172	2/865	31/17.575	50/30.680

Fonte: MEC/INEP/SEEC

O Estado do Rio de Janeiro concentra 24% dos cursos de enfermagem, com 22% dos alunos matriculados, em relação à região. O número de enfermeiros formados, anualmente, no Estado, perfaz um total de 732, sendo 15% dos profissionais, anualmente, formados, no Brasil.

3.2.2. Característica da área de abrangência do Pólo

O Rio de Janeiro possui a maior rede de serviços públicos do País, dentre eles, os serviços de saúde, constituindo-se na maior capacidade pública instalada, tanto no nível

ambulatorial como no hospitalar. A rede hospitalar que integra o SUS é composta por 121 estabelecimentos; destes, 57 unidades de diversos níveis de complexidade, pertencem à rede pública. O Rio de Janeiro concentra a maioria das unidades hospitalares do ex-INAMPS: dos 41 hospitais de todo o Brasil, 16 estão no Estado do Rio de Janeiro, sendo 12 na capital (29,2%).

A Região da Baixada Litorânea, do Estado do Rio de Janeiro, é composta por 12 municípios, somando-se o de Niterói, e concentra uma população de 997.701 habitantes. Existem equipes de PSF cobrindo 53% deste total. Isto representa 68 equipes, em funcionamento, com cerca de 90 profissionais (médicos e enfermeiras) em atuação. Cumpre ressaltar que 82% equipes estão no município de Niterói, município pioneiro no Estado, com o programa Médico da Família. Comparando ao total do Estado, 31% das equipes de PSF estão nesta composição regional, com cobertura de 8,2% da população na Baixada Litorânea e 12% em Niterói.

Tabela 8 - Demonstrativo PSF- Região Baixada Litorânea e Niterói, do Estado do Rio de Janeiro/2000.

Municípios	População Total	Famílias Estimadas	Equipe Saúde da Família		% pop. coberta ESF
			existentes	necessidades	
Araruama	73.191	20.331	2	28	9,43
Armação de Búzios	16.921	4.700	1	7	20,38
Arraial do Cabo	22.544	6.262	4	5	61,21
Cabo Frio	119.503	33.195	0	50	0,00
Cachoeiro de Macacu	45.518	12.644	0	19	0,00
Casimiro de Abreu	22.427	6.230	0	9	0,00
Iguaba Grande	10.749	2.986	0	4	0,00
Niterói	459.884	127.746	56	80	42,01*
Rio Bonito	47.389	13.164	1	19	7,28
Rio das Ostras	32.036	8.899	0	13	0,00
São Pedro da Aldeia	61.335	17.038	1	25	5,62
Saquarema	48.704	13.529	3	17	21,25
Silva Jardim	19.500	5.417	0	8	0,00
Total	997.701	272.141	68	284	24,2*

* considerada a média de 3550 pessoas por equipe.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação PSF/RJ

O cálculo da necessidade de equipes, para atingir uma determinada cobertura, para a população desta região, fica prejudicado, uma vez que as metodologias para determinação da

relação equipe/família diferenciam-se entre Niterói e os demais municípios da região. Entretanto, levando-se em conta a força de trabalho, já em atividade, em Saúde da Família, estima-se, como demanda por capacitação, em torno de 90 profissionais, entre médicos e enfermeiros. Considerando-se que poucos profissionais engajados no PSF participaram de cursos específicos, além dos treinamentos introdutórios, seria interessante centrar esforços, num primeiro momento, nesta força de trabalho.

Cumprе lembrar que as instituições de Ensino Superior estão, ainda, de forma não homogênea, num incipiente processo de transformação da formação dos profissionais da área as saúde, especialmente médicos e enfermeiros, no sentido de privilegiar a Estratégia Saúde da Família.

Assim, iniciativas de capacitação de profissionais, principalmente na forma de pós-graduação *lato sensu*, vêm, de forma estratégica, superar as lacunas da graduação e apoiar a implantação da organização de serviços, na perspectiva de Saúde da Família.

O compromisso com a estratégia do SF, além de vir ao encontro dos anseios, por melhoria da qualidade de vida, das populações, abre um novo campo no mercado de trabalho em saúde, que se tem mostrado bastante promissor, para os profissionais desta área.

A estratégia do SF compõe, de forma necessária, o Plano de Ações e Metas Prioritárias do MS, sendo conduzido como uma forma de reordenar a atenção básica do povo brasileiro. Assim, a proposta geral da especialização em SF é formar profissionais em saúde, em especial enfermeiros e médicos, para desempenharem suas atividades profissionais em unidades de saúde, sob a estratégia de SF, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual. Em específico, a proposta tem, como objetivo, discutir o papel do profissional de saúde e estratégia de atuação, com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS; capacitar para o processo de gestão local de sistemas de saúde, observando a concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios de universidade, equidade, integralidade e racionalidade das ações; aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde, em sua área de abrangência; capacitar, clinicamente e administrativamente, os participantes para uma apropriada atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do adulto, em geral, e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar, e capacitar para o pronto e adequado diagnóstico das doenças mais frequentes, na sua localidade de trabalho.

Em uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, que propugna por sua adequação permanente às alterações do quadro sanitário e social da população, de pouco vale

trabalhar-se com uma metodologia de ensino baseada, apenas, em repasse de informações, por mais atualizadas que elas sejam.

O curso deverá ser estruturado, de maneira que seus participantes apropriem-se de um método que os possibilite a desenvolver um processo permanente de aprendizagem auto-dirigida. Tal prática deve estar voltada a gerar uma preocupação rotineira do profissional, em estar identificando problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscando soluções apropriadas.

A Especialização em Saúde da Família deverá estar embasada na estratégia de integração ensino-serviço, preferencialmente, com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de reflexão crítica, síntese, análise e aplicação de conceitos, voltados para a efetiva construção do conhecimento, através do estímulo ao permanente raciocínio clínico, seja para questões individuais ou coletivas, baseando-se, sempre que possível, em metodologias problematizadoras.

É, através desta proposta, que se baseia a formação dos profissionais que estão na prática do PSF.

4 A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, NA VISÃO DOS SUJEITOS FORMADOR E FORMADO

Neste capítulo, discutiremos a visão de formadores e formados sobre a prática de educação permanente em Saúde da Família, com base em depoimentos de um coordenador docente, que atuou em uma das instituições envolvidas no Consórcio PSF e de dois egressos do curso de pós-graduação *lato sensu*, do consórcio. Estes sujeitos serão identificados como entrevistador 1, para o coordenador docente, e entrevistador 2 e 3, para os egressos.

A necessidade de depoimentos se deu, a partir das limitações encontradas, enquanto suficiência de documentos sobre o trabalho realizado nos Pólos de capacitação de SF, com base na EP, assim como da necessidade de se confrontarem as análises documentais com a realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos. Desta forma, buscaremos subsidiar uma análise, a partir da realidade documental e prática.

A interpretação aconteceu, a partir da coleta de dados, que consistiu no levantamento de informações contidas na memória dos sujeitos, mediante entrevista individual. A entrevista foi utilizada como uma técnica de fonte de informação de dados primários, com perguntas semi-estruturadas (HAGUETTE, 1995).

As perguntas realizadas encontram-se no Anexo V. As entrevistas seguem, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV (ANEXO IV).

As categorias foram construídas, com base em idéias existentes nos documentos analisados no período da construção de corpo do trabalho, ou seja, os conteúdos analisados nos levaram a identificar que os seguintes conceitos atravessam a política de educação permanente em Saúde da Família: a) a educação permanente como transformação da prática; b) a formação dos sujeitos da saúde, com base nas estratégias do SUS; c) a integração ensino e serviço; d) as mudanças necessárias do modelo de atenção; e e) a avaliação das ações educativas em saúde.

Estas categorias constroem a possibilidade de compreender o processo de articulação com a rede básica e a formação de profissionais que possibilitam atender às necessidades sociais de saúde da população, ao mesmo tempo em que se percebe a criação de um processo que colabora com as mudanças nas práticas sanitárias de saúde, no Brasil.

4.1 A educação permanente como transformação da prática: relação objetivos e métodos

Ao iniciarmos esta abordagem, pensamos na relação da educação, baseada na comunidade; esta relação é um dos objetivos do EP. Esta é uma maneira da educação ser relevante e apropriada às necessidades da comunidade. Esta ação consiste em desenvolver atividades que envolvem a utilização da comunidade, durante toda a experiência educativa, na qual não somente os estudantes e professores, mas também profissionais da saúde, membros da comunidade e representantes de outros setores são ativamente engajados nos processos educativos (OMS, 1987).

Um movimento importante, no Brasil, para impulsionar as diretrizes curriculares, no processo de mudança, é o da Rede Unida, que estimula as instituições participantes a refletirem e questionarem sobre a formação dos profissionais de saúde. Assim, propõe alternativas de ensino-aprendizagem que promovam uma formação mais condizente com as necessidades de saúde da população, ou seja:

...um processo de formação deve instrumentalizar o estudante, para atender às necessidades sociais de saúde da população; isto implica em uma formação de profissionais críticos, capazes de contribuir para a transformação da realidade, usando o seu conhecimento; uma formação de profissionais capazes de imprimir mudanças nas práticas sanitárias (REDE UNIDA, 1999, p.1).

Para melhor atender aos objetivos da formação, a metodologia é extremamente relevante. Por isso, esta análise surge de forma a se correlacionar às dimensões.

A humanização em saúde é uma das políticas prioritárias do setor da saúde, atualmente em implementação, em nosso país. Assim, existe uma relação da humanização com a promoção em saúde. Promover saúde e humanizar a atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados com o contexto em que se desenvolvem. O diagnóstico é importante para proposição de ações e intervenções adequadas e o monitoramento e a avaliação das intervenções é o que garante a sustentabilidade das ações. Considerando o caráter complexo das ações e atividades envolvidas, o diagnóstico, o monitoramento e a avaliação exigem uma abordagem ampliada que inclua os “comos” e os “porquês” do processo. Assim, para se construir uma formação, a metodologia é de extrema relevância.

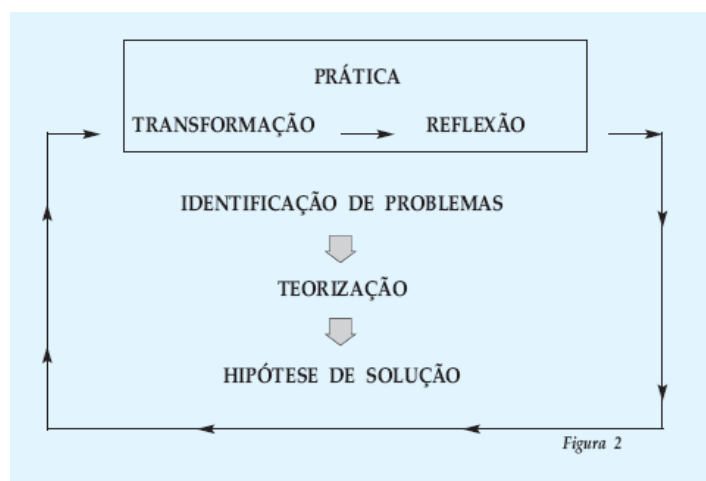
Assim, para uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, que visa uma mudança estrutural, uma metodologia de ensino baseada, apenas, em repasse de informações é

inócua. Tal proposta pedagógica, denominada de *Pedagogia de Transmissão*, baseia-se no princípio de que as idéias e as informações são os aspectos mais importantes da educação. Sendo assim, ao aluno, visto como "página em branco", cabe receber o que o professor ou a bibliografia tem a oferecer.

Normalmente, esta proposta pedagógica leva o aluno a adotar atitudes passivas e pouco críticas, diante dos fatos, restringindo-o à simples memorização do que lhe foi transmitido, através de um processo repetitivo de apropriação do conhecimento. Constatase, também, um significativo hiato entre a teoria e a prática, dificultando a aplicação das novas informações à realidade do aluno. Frente aos desafios de construção de um novo modelo, baseado na família, pretende-se preparar um profissional apto a construir seu conhecimento e apropriar-se das novas teorias e práticas. Enfim, um profissional capaz de desenvolver, ao longo de sua carreira, um processo permanente de auto-aprendizagem. Neste processo, deve haver uma preocupação rotineira, deste profissional e das equipes, em identificar problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscar soluções apropriadas.

Os cursos ligados à estratégia de Saúde da Família deverão estar embasados na estratégia de integração ensino-serviço, com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de análise, reflexão crítica, síntese e aplicação de conceitos, sempre voltados para a efetiva construção do conhecimento, através do estímulo ao permanente raciocínio clínico e epidemiológico, seja para questões individuais ou coletivas.

De acordo com MS (2000), o modelo que mais se adequa ao processo de educação permanente das equipes de Saúde da Família baseia-se na chamada Pedagogia da Problemática e o ponto de partida, deste modelo, é o repensar a própria prática (Figura 2).



Fonte: Ministério da Saúde. Caderno 3. Educação Permanente. 2000.

Um dos problemas enfrentados pelos profissionais do setor saúde, após sua formação básica ou especializada, é a dificuldade da aplicação, na prática, dos conhecimentos adquiridos, ao enfrentarem casos concretos do cotidiano profissional. Diversos estudos educacionais, realizados em várias partes do mundo, vêm revelando que, apesar de um possível elevado conhecimento teórico sobre os efeitos causais, o diagnóstico correto e o tratamento adequado de diversas patologias, ou seja, a aplicação de tais conhecimentos, na prática, está acompanhada de uma considerável insegurança. A teoria foi apreendida, mas sua aplicação encontra-se limitada. É a realidade típica de um processo de aprendizagem baseado, exclusivamente, na transmissão do conhecimento.

A metodologia de aprendizagem baseada em problemas, está voltada para possibilitar ao estudante, qualquer que seja seu nível de escolaridade, construir seu conhecimento, de tal forma que o capacite a resolver problemas práticos e a manter-se num processo permanente de aprendizado auto-dirigido.

Para tanto, faz-se necessário que, durante o aprendizado, o aluno seja colocado diante de situações-problemas, para que, a partir delas, ele possa construir "árvores de opções", através de uma linha lógica reflexiva, chegando aos procedimentos adequados para cada realidade apresentada. Tais procedimentos, identificados como necessários, deverão estar embasados pelos conceitos que já foram apropriados, anteriormente, pelos alunos e pelos outros que surgirão, ao longo do processo de estudo. Diversos estudiosos e pesquisadores em metodologia de ensino vêm apontando, como condição fundamental para um adequado processo de aprendizagem, a presença concomitante de três aspectos:

- 1) o resgate do conhecimento prévio, durante o processo de ensino;
- 2) a similitude do contexto, no aprendizado com a realidade a ser, posteriormente, enfrentada, ou seja, aprender, de forma tal que propicie a aplicação do conhecimento na prática profissional;
- 3) o estímulo, ao estudante, a construir seu próprio conhecimento, o que pode ser feito respondendo questionamentos, discutindo a matéria com companheiros de estudo, resumindo as informações, por ele apropriadas, formulando e criticando hipóteses elaboradas frente ao problema enfrentado e outras formas.

A base sistemática para a aprendizagem baseada em problemas, definida por Schmidt e Bouhuijs¹⁵ consta de sete passos fundamentais (seven-jump), após a apresentação de um problema específico¹⁶ a ser estudado por um grupo de alunos:

¹⁵ Teoria do "processamento de informações para se chegar ao aprendizado", descrita por Anderson (apud SCHMIDT, H.G. Problem-based learning: rational and description. Medical Education, v.17, p. 11-16, 1983).

- 1) esclarecimento, em grupo, de termos ou conceitos expressos no problema, ainda não compreendidos;
- 2) definição exata do problema apresentado, do fenômeno que, de fato, deve ser explicado, através de discussão em grupo;
- 3) análise do problema exposto, baseada no conhecimento prévio do estudante, através de discussão em grupo. É referido, por muitos, como "tempestade mental coletiva";
- 4) tentativa de uma descrição explanativa coerente, pelo grupo, do processo teórico que sustenta ou explica o fenômeno apresentado;
- 5) formulação dos objetivos de ensino, pelo grupo, ou seja, questões cujas respostas propiciarão a construção do conhecimento almejado;
- 6) estudo individual, baseado nos objetivos identificados na etapa anterior;
- 7) sintetizar e testar os novos conhecimentos, construídos através de apresentações em grupo e troca de experiências sobre o tema.

Pelo exposto, podemos observar que as primeiras etapas do processo estão voltadas à compreensão do problema apresentado, com expressão das percepções pessoais e a identificação dos pontos chaves do problema, e as seguintes, para a teorização do problema, com a análise de seus fatores geradores e a identificação das ações por ele demandadas, baseando-se no conhecimento prévio e naquele adquirido, no momento do estudo. Isto quer dizer que a construção do conhecimento baseia-se nos fatos extraídos da realidade (problema) e está voltado para a solução de problemas, desta mesma realidade, com a qual o aluno irá deparar-se.

Os passos, acima especificados, são etapas didaticamente propostas, o que não quer dizer uma rígida limitação metodológica, até porque, esta é uma proposta que se contrapõe às "camisas de força" das teorias educacionais. A adaptação de tais etapas, na prática educacional, faz com que, algumas delas, possam se fundir, dependendo do grupo, do problema a ser estudado e do monitor.

As discussões em grupo, como base do processo de aprendizagem em sala, baseiam-se tanto no estímulo e no apoio entre os membros do grupo de estudo, como no incentivo à prática do trabalho em equipe, situação tão importante, necessária e pouco exercitada no setor saúde. Esta prática gera benefícios que extrapolam o processo pontual da aprendizagem, repercutindo na prática profissional e no exercício da educação permanente.

¹⁶ No caso da saúde, podem ser sinais, sintomas e/ou características identificadas, na prática, que o profissional enfrenta, ao se deparar com o usuário ou com sua realidade, que venha a demandar uma tomada de decisão para o desenvolvimento de uma ação.

Um dos aspectos importantes, que merece destaque no processo de aprendizagem em questão, é a participação do monitor do grupo, ou do "facilitador", como apontado por alguns. Tal atuação, deve, muito mais, estimular o processo reflexivo, com a prática da análise e resolução de problemas, do que transmitir novas informações. Ele ensina mediando, treina apoiando e tirando dúvidas, sempre incentivando a recuperação dos conhecimentos já adquiridos e a construção de novos. Sua prática de ensino deve ser calcada em questionamentos importantes, mediando as intervenções dos participantes do grupo, com vistas a mantê-lo na devida direção, apontada pelos objetivos do processo de ensino.

No caso dos aprendizados clínicos, a base da metodologia, ora descrita, compara-se com a metodologia do raciocínio clínico convencional. Ao profissional, chega um indivíduo apresentando sinais e sintomas, acompanhados de uma história clínica, familiar, patológica e social. Cabe a este profissional, através de perguntas adequadas em uma abordagem integral e um exame clínico apurado, formular hipóteses diagnósticas que deverão ser confirmadas com a observação da evolução do caso, através de exames laboratoriais e/ou radiológicos e, chegando ao diagnóstico, a aplicação do procedimento terapêutico apropriado. Esta rotina profissional, acompanhada de um processo de estudo continuado, individual e coletivo, utilizando o conhecimento construído com o tempo, assemelha-se à aprendizagem baseada em problemas, sendo esse trabalhador aquele que, mesmo sem sabê-lo, pratica tal metodologia na rotina de seu trabalho.

Algumas falas descrevem a importância dos objetivos do curso, assim como a metodologia. Vejamos, a seguir:

“... no primeiro objetivo, 10; no segundo, 7 ou 8; na equipe, 8; no quarto, 8; nos últimos 9. Na verdade, nosso enfoque maior é no processo de trabalho e como eu me organizaria, para dar conta das demandas do cotidiano” (entrevistador 1)

“... a metodologia, eu acredito nela, sendo uma proposta, dentro do modelo construtivista, problematizadora; a gente conseguiu mais por tarde dos enfermeiros do que ..., na verdade, os profissionais que já tinham uma capacitação dentro deste modelo pedagógico conseguiram atender a esta metodologia; agora, a grande maioria médica não conseguiu atender...”. “.... eu diria muito bom “ (entrevistador 1)

“ Acho que medir é muito difícil, sem instrumento, mas, na minha vivência, eu diria que, no primeiro, 8; no segundo, 9, pois cada município tem uma vivência em gestão de

saúde. No terceiro, 7. Acho que ensinar, mostrar um trabalho interdisciplinar é muito difícil, devido às categorias profissionais existentes. No quarto, 9 e, no quinto, 9, também.” (entrevistador 2)

“... a metodologia da problematização, não sei, mas acho que, em sua grande maioria, sim. Tivemos módulos sem metodologia, na verdade. Mas minha resposta diria, pela maioria, que bom (entrevistador 2)”

“achei que tudo foi dez, pois tudo está baseado no processo de trabalho, que, ao meu entender, parte da visão saúde-doença da coletividade.”(entrevistador 3)

“acho que, em sua maioria, atendeu, sim. Diria que bom” (entrevistador 3)

Cabe ressaltar a importância da contribuição de outras metodologias pedagógicas, principalmente quando associadas à proposta. Existem momentos em que a necessidade do processo educacional requer a utilização de diferentes metodologias.

Não se pode, entretanto, utilizando as palavras de Bordenave, em seu texto direcionado à educação de pequenos agricultores, "... perder de vista o objetivo fundamental da ação educativa, o qual é desenvolver a personalidade integral do aluno, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação, etc." e, tudo isso, associado à almejada reformulação do modelo de atenção à saúde vigente, a qual requer não apenas novas informações, mas novas posturas e hábitos profissionais.

4.2 A formação dos sujeitos da saúde, com base nas estratégias do SUS

Pode-se dizer que a complexidade que caracteriza o cenário da saúde brasileira exige o desenvolvimento, dentro dos cursos de graduação, de grades curriculares que formem profissionais comprometidos com os princípios do SUS. A Educação Permanente em Saúde desenvolve a possibilidade de transformação de processos de trabalho, nos serviços e na formação para a saúde, da produção de novos conhecimentos e de transformações no mundo do trabalho; pela (re)criação de novo perfil de competência profissional e modelos de atenção

à saúde, a partir da prática; pela produção de necessidades de reconstrução das práticas de saúde e da capacidade em operar novas tecnologias.

Assim, existem distinções no trabalho em saúde, contradições que o caracterizam, pelo fato de ser reflexivo, com decisões que implicam na articulação de vários saberes, mas preservam a formação fragmentada, gerencial taylorista/fordista, sem visão interdisciplinar, com divisão técnica do trabalho e grande contingente de trabalhadores semiquualificados, com um mínimo de possibilidade de intervenção autônoma no processo de trabalho.

Segundo Ramos (2004), o processo de trabalho em saúde é marcado por complexidades, heterogeneidades e fragmentação da atenção. As complexidades decorrem da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. As heterogeneidades revelam-se pela diversidade dos vários processos de trabalho, que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria e funcionam sem se articular, de forma adequada, com os demais processos de trabalho. A fragmentação do processo de trabalho em saúde encerra várias dimensões que vão desde a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer, a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho, no interior e entre as diversas categorias profissionais (RAMOS,2004)

Desta forma, existe o desafio para a formação em saúde e está em referenciar as competências desses profissionais, com base na Reforma Sanitária e como estratégia.

Diante deste contexto, as competências profissionais são construídas, ao longo da trajetória da vida profissional de saúde, partilhando experiências e práticas profissionais, e estão condicionadas ao contexto econômico, social e político e com relações sociais que são resultantes de negociações entre interesses dos diversos atores envolvidos no processo, tais como os trabalhadores, gestores, educadores, instituições e entidades representativas dos diferentes segmentos, dentre tantos outros.

Ramos (2004) define dois pressupostos imperiosos, para definir competências, que devem ser desenvolvidas, pelos trabalhadores da saúde:

a) compreender o processo de trabalho, em sua totalidade, em que vigoram as dimensões técnicas, sócio-políticas, culturais, econômicas, históricogeográficas, etc;

b) compreender o processo de trabalho, não como algo externo ao sujeito, em que a ação do trabalhador é determinada pelos preceitos de seu bom funcionamento, mas reconhecer

que processo e relações de trabalho constituem uma unidade de múltiplas determinações, entre sujeitos e objetos.

Estes pressupostos não admitem formação dos trabalhadores em saúde de forma planejada, com base na análise funcional, pois isto reduziria um processo complexo e contraditório em simples estratégias de adequação da educação que, na verdade, não se realiza.

Todo processo de trabalho não é captado por suas múltiplas determinações, mas, sim, por descrição e definição do trabalho, assim como a complexidade de suas competências. A formação continuada e em serviço se dá, exclusivamente, pela ação, posto que isto também excluiria a característica reflexiva do processo de trabalho em saúde, como movimento de ação-reflexão-ação.

Assim, para que a Educação Continuada torne-se necessária à prática diária e precordial, distancia-se da atividade e dedica-se tempo à aquisição de conhecimentos, por meio de um processo regulado de formalização¹⁷.

Se os processos de trabalho, enfrentados pelos trabalhadores, compõem uma totalidade histórica mais complexa do que a soma das atividades que a constituem, a possibilidade de se compreendê-los e agir, conscientemente, diante de novas situações, exige que os conceitos científicos que os estruturam e os explicam sejam plenamente apropriados pelos trabalhadores.

A formação em saúde pode, então, se organizar em torno das atividades profissionais, desde que se distinga a existência, de um lado, de saberes práticos que, embora possam formalizar-se, permanecem, quase sempre, imanentes à ação em que intervêm e, por outro lado, de saberes teóricos e conceitos científicos formalizados que, por esse fato, tornaram-se independentes das ações.

Sabemos, também, que os processos formativos, para profissões, podem obedecer a lógica de organização do conhecimento diferente da formação geral. Nesses casos, muitas vezes, certos tipos de conhecimentos podem ter pouca relevância na lógica interna de um corpo de conhecimentos, mas podem ser fundamentais para o desenvolvimento de certos procedimentos operatórios. Outros, entretanto, podem ser de interesse teórico fundamental, mas não se relacionarem, diretamente, à atividade para o exercício da qual se espera formar. Sendo assim, seria inútil insistir no fato de que a seleção de conteúdos de ensino, num

¹⁷ Utilizamos a referência de formalização, a partir da compreensão de Quintana, et al (1997), onde se compreende a ação autônoma do pensamento, produzindo saberes que conservam uma certa identidade e autonomia próprias e, na maioria das vezes, são adquiridos fora da ação, por meio de um processo orientado .

conjunto de corpos de conhecimentos, deva estar sob a influência exclusiva da atividade considerada como horizonte da formação ou deva reproduzir as seqüências predominantes, nos cursos tradicionais. Ela deve ir além disso: deve ser guiada por princípios epistemológicos, metodológicos e ético-políticos. Conciliar esses critérios, coerentemente, implica em constituir um programa estruturado e organizado no tempo, ligado à natureza do processo de trabalho, em sua totalidade, e às relações sociais, das quais os trabalhadores são sujeitos. Este programa pode assumir formas diversas. Uma seqüência de atividades práticas, de problemas ou de projetos, pode servir de ponto de partida à apreensão dos conteúdos a se adquirir ou como momentos de consolidação dessas aquisições, estruturadas, coerentemente, como os conceitos científicos e tecnológicos fundamentais (RAMOS,2004).

O que queremos dizer, é que não são os acordos curriculares e as metodologias utilizadas que definem a pertinência do programa pedagógico de formação. As complexas relações pedagógicas e de trabalho vão além do que pode ser previsto e prescrito. Nelas, está uma infinidade de outras mediações fundamentais do processo ensino-aprendizagem, não consideradas nos programas pedagógicos. Reconhecer que os projetos pedagógicos se confrontam com a realidade social concreta é princípio fundamental para compreender o dinamismo da formação e do trabalho, que, em sua rebeldia histórica, transforma e supera as normas exteriores. (RAMOS, 2004)

Podemos observar, em algumas falas, a importância desta formação com base, para o SUS.

“... o curso tem um desenho próprio, objetivando as diretrizes do SUS, porém, a dificuldade encontrada foi nos profissionais, que entendessem a lógica do Saúde da Família, principalmente os médicos, já que tinha um modo que era específico por categoria profissional, médico e enfermeiro.” (entrevistado 1)

“... nesta lógica, já existiam enfermeiros formados, mas médicos, não...” (entrevistado 1)

“... o curso proporciona uma visão teórica, mas a realidade em que vivemos é bem diferente, por vezes nos decepciona um pouco, pois não conseguimos colocar, em prática, o que apreendemos.”(entrevistado 2)

“...achei o objetivo contemplado.” (entrevistado 3)

Hoje, a principal reflexão é saber se as mudanças na saúde, e uma delas se refere ao novo perfil de profissional a ser formado na graduação, contemplam as mudanças ocorridas. Atualmente, a formação é hegemônica, centrada em conteúdos organizados de forma fragmentada. Os conhecimentos das áreas básicas, dissociados da área clínica, e a sistemática de avaliação por acúmulo de informação técnico-científica, perpetuando os modelos tradicionais de prática em saúde, estão sendo fortemente questionados, em todos os debates sobre a educação superior, na área.

As diretrizes curriculares nacionais, para os cursos de graduação em saúde, que foram aprovadas entre 2001 e 2004, surgem como um relevante passo, no processo de fomento à mudança na formação destes profissionais. Assim, a Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, conforme descrito no Anexo III, que mostra a diretriz e que visa o enfermeiro em uma formação generalista, tendo, por objetivo, dotar o profissional dos conhecimentos requeridos, para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: 1) Atenção à saúde; 2) Tomada de decisões; 3) Comunicação; 4) Liderança; 5) Administração e gerenciamento e 6) Educação permanente.

A formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Assim, a formação deverá correlacionar com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar, em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar as: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem.

É através desta formação teórico/prático que buscamos, na graduação e pós-graduação, formar profissionais, dentro da lógica do SUS, não unicamente pela Diretriz/Ementas, mas também pelo Projeto Político Pedagógico (PPP), de cada instituição de ensino.

4.3 O princípio da integração do ensino/serviço

O tema educação em enfermagem e os elementos que a sustentam impõe a necessidade de considerar as concepções educacionais e os princípios educativo-pedagógicos, presentes na sociedade brasileira. Reconhecemos que vivemos em uma sociedade complexa,

dominada pelos ditames da globalização econômica, cultural e social, dirigida pelos interesses de poucos e pelo sacrifício da maioria. Esse conflito se expressa nas condições de vida da população e na demanda por serviços de saúde. Neste setor, urge a necessidade de se construir novos enfoques e práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde, construindo novas formas de cidadania e de sentido social (VENTURELLI, 1999).

As instituições de ensino superior, incluindo as que possuem cursos de enfermagem, têm que enfrentar o desafio de implantar as diretrizes curriculares (DC), que representam uma estratégia fundamental, por considerar, no processo de formação, as necessidades e demandas de saúde da população brasileira, as potencialidades dos estudantes como sujeitos e as possibilidades de utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. As DC constituem-se em um instrumento norteador do processo de construção dos projetos político-pedagógicos - PPP – das instituições de ensino no país e devem fornecer as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas do processo de formação profissional de enfermagem.

Para se concretizar o referenciado no projeto pedagógico de uma profissão, torna-se necessário estruturar caminhos em que os sujeitos – docentes, estudantes e sociedade – participem da construção dos momentos e espaços de desenvolvimento de um novo processo de ensino-aprendizagem. Este processo deve ser articulado às necessidades de contínua e dinâmica construção do Sistema Único de Saúde, de um novo perfil sanitário da população brasileira e do processo de formação.

Desta forma, deve ser possibilitada, aos estudantes, a construção do conhecimento, pautada em problemas da realidade concreta, articulando os saberes de diversas áreas, através do enfoque da interdisciplinaridade e integração das práticas e dos conteúdos dos planos curriculares. Destaca-se que a formação deve subsidiar um agir profissional em contextos de alta imprevisibilidade, característica da cotidianidade do trabalho em saúde, em uma rede progressiva de cuidados, sustentada em relações de subjetividade. A articulação teoria e prática deve ser uma orientação, na adoção de metodologias ativas de ensino, dirigidas a mudar o centralismo do processo de ensino-aprendizagem no professor, no conhecimento e em tecnologias de ensino, para transferi-lo, responsabilizá-lo e ressignificá-lo, na relação estudante/sujeito, novas práticas/novas teorias. Pressupõe o aumento da capacidade do estudante – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar, para eles, soluções originais e criativas.

Este assunto já foi discutido, anteriormente, em outros momentos. Aqui, só realizamos uma breve lembrança.

Algumas falas demarcam esta avaliação

“... o desenho do curso atendeu, mas, agora, não temos elementos suficientes para estar mensurando isso” (entrevistado 1)

“... sim, foram atingidos, tanto do conteúdo dos módulos geral como para os específicos” (entrevistado 2)

“... sim, foram, mesmo não tendo a vivência prática, para poder analisar melhor” (entrevistado 3)

A ampliação e diversificação dos espaços de ensino-aprendizagem, congruente com a urgente necessidade de inserir o estudante em realidades concretas da produção dos serviços de saúde e de educação, mostram a concretização do projeto político-pedagógico. Assim, deve-se criar mecanismos de articulação teoria e prática, construindo a indissociável relação entre o ensino e o serviço, em todos os momentos do ambiente acadêmico pedagógico. Com esta compreensão, os espaços onde ocorre a interação entre o ensino e o serviço devem se constituir em ambientes de aprendizagem e permitir ao docente, aos estudantes e aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, a construção do conhecimento, a partir dos problemas reais do serviço e da própria população, estabelecendo, como resultado, novas práticas pedagógicas, de assistência, de gerência e de controle social, nos serviços de saúde e nas escolas de formação.

4.4 Mudanças de modelo de atenção

As mudanças ocorridas na saúde pública, nos últimos anos, com forte descentralização dos serviços de saúde, com deslocamento das funções de execução da atenção à saúde para o nível local, apoiada na reorientação do modelo assistencial, obrigatoriamente forçam mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde. Inúmeros são os trabalhos recentes que discutem a falência do paradigma anterior e, até hoje, dominante, que orientou as práticas sanitárias, centradas no modelo biomédico, na superespecialização dos profissionais, no uso intensivo de tecnologias, redundando em propostas de intervenção individual e

coletiva, na maioria das vezes, inócuas na resolução dos problemas de saúde da população (CARVALHO, 1996, 2002; BUSS, 2002, CAMPOS, 1992; MENDES, 1993).

As universidades, como espaço de formação profissional para a saúde, mantiveram-se hegemonicamente centradas em uma proposta educacional de orientação instrutivista, baseada na transmissão de conhecimentos e saberes, que tomaram, por centro, a questão biológica.

Tudo isto, bastante coerente com um dado modelo de explicação do processo saúde-doença, onde o imperativo da ciência e seu desenvolvimento, seriam suficientes para manter e restaurar a saúde dos indivíduos. Parece não haver dúvidas que a busca atual é por romper a velha concepção e garantir maior qualidade de vida, ao indivíduo e às populações. Desta maneira, concordamos com Carvalho (2002), quando afirma que esse novo paradigma pode ser caracterizado pela necessidade "... de uma interpretação mais complexa dos fenômenos da saúde e da doença, pela interdisciplinaridade do conhecimento, intersectorialidade das práticas, integralidade da atenção e pela promoção a saúde...".

Cabe destacar que não se trata de fazer a opção por um modelo simplificado de atenção à saúde, centrado nos marcos tradicionais da medicina comunitária, ou apenas da Atenção Primária de Saúde - APS, conforme realizado em outros países, com sucesso. Um aspecto importante, aqui, que confere especificidade e complexidade ao nosso sistema de saúde e deve ser considerado, no diálogo com o sistema educacional, é justamente a incorporação do perfil epidemiológico, das desigualdades regionais, dos aspectos sócio-culturais de nossa população, no contexto da produção da saúde e da doença, com conseqüências sobre as formas de organização dos serviços de saúde.

Vejamos alguns depoimentos, que contextualizam a temática:

"... olha só, a gente percebeu, nas falas dos participantes, de uma certa forma, um descrédito naquilo que nos estávamos falando. A realidade vivida pelos profissionais é muito centrada na doença, no hospital e a gente estava trabalhando assim.... O paradigma hospitalocêntrico é muito forte e, na verdade eu percebo que as pessoas levam um tempo para acreditar que é possível a gente ter ação fora da doença." (entrevistado 1)

"... não faço nenhuma, ou melhor, acho que há dificuldades para se fazer entender como estratégia, o curso, não mais o modelo de saúde. E, nas deficiências, acho que é nos docentes, se eles não estão incorporados à proposta, isso não consegue ser passado." (entrevistado 2)

"... não vejo nenhuma, não. Que eu me lembre, não." (entrevistado 3)

Estamos advogando para uma formação voltada à Promoção da Saúde, que não se restrinja a nenhum nível de intervenção do sistema e, tampouco, de formação dos profissionais, ainda que possa estar presente com maior ou menor vigor em uma dada proposta. Desta forma, a Promoção precisa ser tomada como um eixo transversal de formação dos profissionais de saúde. Por outro lado, a discussão e a produção teórica sobre a educação profissional no Brasil e, mais especificamente, sobre a formação de técnicos, ocorrem sob forte tensão no setor educacional, há décadas. Machado (2000) deixa claro, em uma de suas falas: "...concorrem, para isto, o fato do campo de estudos e práticas ser multidisciplinar, tornando-o um espaço de confluência de termos e expressões, muitas vezes com numerosas acepções admitidas e reconhecidas por aqueles que deles fazem uso". (MACHADO, 2000).

As mudanças desejadas e sugeridas ainda encontram-se em uma esfera mais ideológica do que prática e, isto, torna as ações profissionais mais distantes das necessidades de formação.

4.5 Avaliação das ações educativas em saúde

A avaliação é capaz de contribuir para a transformação da prática docente, discente e é um desafio permanente para os cursos de graduação/pós-graduação, de profissionais de saúde. O caráter formativo da avaliação do estudante, durante o processo de aprendizagem, deve ser ressaltado, assim como a necessidade da avaliação deve ser referenciada em critérios bem definidos (do que é satisfatório, em cada fase) e não somente referenciada em normas (como de aproveitamento de um todo, independentemente de quais partes sejam satisfatórias ou insatisfatórias).

Necessita-se ampliar a construção e utilização de instrumentos de avaliação do estudante, considerando os múltiplos ambientes de ensino-aprendizagem, tais como tutoria ou discussão, em pequenos-grupos, oficinas de trabalho, prática profissional em unidades de saúde ou na comunidade.

Se os currículos formais, oficiais ou prescritos pelas instituições, atraem os olhares dos professores, nada como o sistema de avaliação para determinar como os estudantes se comportarão e terminarão por determinar o currículo real: aquele que valoram e fazem ocorrer em suas vidas.

Os reflexos de tais atitudes dos estudantes, em relação ao sistema de avaliação, também são sentidos no plano das políticas educacionais, onde de nada adianta ter diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na saúde que apontem para inovações, se mudanças não forem incorporadas ao SINAES, através do ENADE, da ACE, da avaliação institucional, da auto-avaliação.

Influenciar o processo de avaliação do estudante, através da formação de professores sensibilizados e capazes de formular propostas condizentes às diretrizes curriculares nacionais, para os cursos de graduação na área da saúde, é fundamental para fomentar mudanças que favoreçam a melhor formação de profissionais de saúde, no Brasil. A avaliação dos estudantes das profissões de saúde é uma preocupação crítica, central para o que e como os estudantes aprendem. A avaliação efetiva de competência é necessária para assegurar as capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras dos profissionais que oferecerão cuidados de saúde, de um modo responsável e atento. A avaliação pode ajudar a assegurar, à sociedade, que os egressos das profissões de saúde sejam competentes para cuidar das pessoas e trabalhar dentro da lógica do SUS.

Nos últimos anos, os métodos de avaliação tradicionais estão caindo em desuso e novos métodos foram sendo desenvolvidos e fundamentados em extensivos estudos e pesquisas. Uma evolução dramática ocorreu, por exemplo, na avaliação de competência profissional na dimensão clínica e no reconhecimento da importância da avaliação de fatores não cognitivos, como uma parte necessária da educação dos profissionais de saúde.

A complexidade, do desenvolvimento e da natureza, de preparar futuros profissionais de saúde, que estabelecerão relações únicas com pacientes, famílias e a população, cria condições, nas quais as universidades e os professores devem possuir e aplicar, eficazmente, o conhecimento das melhores práticas em avaliação de estudantes. Isso se torna até mais importante, com a mudança curricular, em resposta aos desafios e necessidades do sistema de saúde e das pessoas nos níveis nacional, regional e global, expressa, no Brasil, pelo SUS e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos de graduação.

Todas as escolas que formam profissionais de saúde deveriam demonstrar uma proficiência, mínima, na aplicação de múltiplos métodos de avaliação. A importância da avaliação formativa na aprendizagem, fornecendo feedback (retro-alimentação), identificando as áreas positivas e outras que necessitam melhorar, fornecendo aos professores e planejadores as informações necessárias para fazer ajustes, não podem ser menosprezadas.

Os conceitos e perguntas essenciais, que informam sobre a avaliação de profissionais, incluem: quando usar critérios de referência e avaliação normativa; como determinar a

validade e a confiabilidade dos testes; quando e como usar avaliação de performance; como fixar padrões de progressão (aproveitamento escolar) do estudante; como o portfólio do estudante pode contribuir para o desenvolvimento profissional; quais são as abordagens atuais para avaliar características não cognitivas, no desenvolvimento profissional; quais são as melhores práticas para usar diferentes tipos de testes escritos? Atualmente, não é aceitável avaliar estudantes, somente com testes de múltipla escolha e suas habilidades clínicas, durante um único encontro com um paciente e o examinador.

Um trabalho árduo precisa ser feito, junto aos professores, cursos e faculdades, para aumentar o entendimento de que a avaliação e a aprendizagem estão indissoluvelmente entrelaçadas, no tecido da educação dos profissionais de saúde.

Vejamos os depoimentos que expressam esta realidade, na pós:

“... tínhamos um instrumento, que nos utilizávamos para avaliar, e, até propormos outro, os seus resultados ficavam sempre entre bom e muito bom. Este instrumento era avaliado por módulo. Nós tivemos um instrumento único, no fim do curso, que foi uma oficina de avaliação, em todos os cursos e em todas regiões” (entrevistado 1)

“... já houve o desenho, que já foi encaminhado a Brasília para provação, para eles estarem financiando. Nos só estamos aguardando resposta de Brasília, mas estamos reforçando, mais ainda, o processo de trabalho, e de como nós devemos estar trabalhando com o cotidiano do saúde da família, pois já está mais amadurecida a proposta do saúde da família e nós já somos conhecedores das limitações que são impostas, no cotidiano do profissional que trabalha no saúde da família. Tem questões políticas e administrativas que são particulares, de cada município, dependendo muito visão política do gestor local de saúde, do coordenador do PSF, que tanto pode ajudar, como atrasar ou dificultar todo um processo de implementação do saúde da família no município. Nestes casos, não é por qualificação profissional, mas por indicação pessoal, e isto atrapalha um pouco” (entrevistado 1)

“ ... achei muito bom, apesar de algumas oficinas não atenderem às minhas expectativas. Hoje, tenho uma outra visão de saúde.” (entrevistado 2)

“... acho que deveriam ter profissionais professores com vivência de PSF. Assim, fica melhor a relação. Acho, também, que a seleção só deveria acontecer, para aqueles que realmente trabalham com PSF” (entrevistado 2)

“... achei muito bom. Apesar de não trabalhar com isso, reconheço que foi muito bom para meu aprendizado” (entrevistado 3)

“... que não houvesse a demora para iniciar novas turmas de especialização” (entrevistado 3)

Nós podemos começar a repensar na avaliação, quando reconhecemos a importância da interação da competência profissional e os desempenhos essenciais que formam uma teia complexa, entre as profissões de saúde, e asseguram, aos cursos, suas metas e objetivos claros, que são realmente oferecidos e avaliados. Mais importante é reconhecer que os meios e métodos de avaliação devem ser coerentes com os de ensino-aprendizagem. A educação moderna reconhece que avaliação é aprendizagem e aprendizagem é avaliação. O futuro da educação de profissões de saúde, no Brasil, será influenciado, em parte, pela maneira pela qual a educação e a avaliação dos estudantes está sendo realizada.

Em uma escala muito maior, a avaliação abraça a necessidade de entender como trabalha uma faculdade, um curso, um módulo, uma instituição ou um programa e por que ele produz os resultados, efeitos e sua consequência: o impacto. Além disso, a avaliação busca explicar a relação entre os resultados e as suposições feitas, as metas pré-estabelecidas, os recursos alocados e esforço gasto. Conseqüentemente, inclui muito mais do que a avaliação de estudantes. Examina o programa inteiro, a instituição e tem sua própria configuração teórica.

5 O CONTEÚDO DA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VISÃO DOS SUJEITOS: BALANÇO CRÍTICO

As políticas de saúde, no Brasil, vivem em transformação, para atender a demandas de saúde. A partir desta idéia, o debate é saudável e indispensável para o sistema de saúde e seus sujeitos. O enfrentamento dos problemas e o compromisso efetivo de todas as instâncias do SUS também influenciam. No ir e vir dos modelos de atenção que surgiram, a busca era sempre a mesma, a saber: uma atenção à saúde de qualidade.

O MS, após a Reforma Sanitária, vem construindo alternativas às várias situações, em torno da saúde. Assim, busca-se uma construção democrática de políticas, que se faz com a circulação de saberes, a desacomodação de idéias e com contribuições de todos os envolvidos com a saúde. Pois bem, está em curso, no país, um processo de construção coletiva de uma política de educação permanente em saúde, para o SUS. Estão, em operação, os Pólos de Educação Permanente em Saúde, que tantos sugeriram como “o sonho impossível”. Os Pólos chegaram, em 1996, com articulações interinstitucionais locais e regionais.

A Portaria que criou os Pólos foi lançada e sentida por alguns atores do SUS. Talvez, pelo impacto de inovação que representou ou pela coragem de inverter a lógica de um Ministério anterior que, em termos de formação e desenvolvimento, acostumou-se a enviar pacotes de cursos aos Estados, para que indicassem alunos e distribuíssem cotas para seus municípios, estes indicassem seus trabalhadores e estes, então “treinados”, pudessem repassá-los aos movimentos sociais ou usuários, sob a forma de assistência ou educação para a saúde. O objetivo, então, era atender a educação em saúde e não a visão da educação permanente.

Faz tempo que estudamos e, em boa medida, sabemos como se faz para mudar a graduação das profissões de saúde e elevar o compromisso da universidade com a sociedade.

Desde a pactuação dos municípios e da aprovação no Conselho Nacional de Saúde, no segundo semestre de 2003, a política de educação permanente em saúde deixou de ser simplesmente uma proposta do Ministério da Saúde, para ser uma *política do SUS*. Política do SUS tem responsabilidade compartilhada de condução e de acompanhamento social. Coloco, aqui, uma reflexão autocrítica: a demora para a instalação da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde, que está dificultando a condução e o acompanhamento compartilhado desse processo, principalmente porque, das instâncias de gestão, não fazem parte trabalhadores, estudantes, docentes e movimentos sociais e, das instâncias de controle social, não fazem parte estudantes e docentes (exceto nas

vagas previstas para os segmentos oficiais: gestores, usuários, trabalhadores e prestadores). Como avaliar se o objetivo da educação permanente está, realmente, sendo alcançado, sem uma comissão de avaliação? Mudou-se o nome da proposta continuada para permanente, porém, houve mudanças reais na proposta de formação profissional? Estes são assuntos para uma análise, a partir das políticas públicas. Foi através desta visão que este estudo teve sua base principal. As mudanças sugeridas ou necessárias, não aconteceram devido à fragilidade que se encontrava o mercado de formação profissional?

Quando começamos a pensar sobre tais interrogações, vamos de encontro a um mercado de trabalho que não é de permanente mudança e, sim, de permanente insegurança, em se manter empregado, por necessidade de novas tecnologias, por necessidades de reorganização do processo de trabalho, entre muitas outras.

Observamos um curso de pós-graduação descontínuo no âmbito público e se fortificando no privado, ou seja, no público, houve apenas a formação de dois cursos, para atender ao mercado do PSF, que, nos municípios, aumentaram, em até 50%, a expansão de suas equipes de saúde (PROESF); enquanto que, no privado, criou-se novos mercados de pós-graduação.

Um dos fatores que contribuem para este desarranjo é a demora nas pactuações e nas revisões dos projetos, em todos os âmbitos, para novos cursos. Para efetivar as ações da política de educação permanente em saúde, é fundamental definir novos processos administrativos, que combinem diferentes modalidades de transferência de recursos. Esta é uma tarefa inadiável do MS e, como podemos presenciar neste estudo, há política pública, mas não é suficiente para atender as necessidades do mercado.

Para realizar este estudo, encontramos limites para sua realização e uma das mais marcantes, para nós, foi a falta de materiais escritos para análise. Estes materiais são cadernos já produzidos há mais de cinco anos e que descrevem os objetivos, as metodologias, porém, não encontramos um caderno ou qualquer outro documento de análise dos resultados dessa formação. Os pólos de educação permanente ainda existem, mas não estão exercendo suas verdadeiras funções, como foi descrito em capítulos anteriores.

A portaria ministerial, que instituiu a política, não estabelece a existência dessas instâncias. A proposta se assenta na noção de formação e desenvolvimento, como instância própria, inovadora, por ser articulação entre saúde e educação e por trazer atores não previstos nas instâncias já instituídas. Vale lembrar que a área de gestão do trabalho e da educação na saúde, pela primeira vez, tem lugar finalístico nas políticas do SUS.

Uma política de educação para o SUS não envolve somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando. É consenso, que temos de “ordenar a formação dos profissionais de saúde” (atribuição legal do SUS), portanto, necessariamente, a política de educação para o SUS tem que incluir compromissos entre o setor da saúde e o setor da educação. Compromissos que vão desde o MEC até as instituições de ensino superior e escolas técnicas e que incluem pesquisadores, docentes e estudantes. Uma política intersetorial e de interface tem que ser produzida de maneira intersetorial e em interface. Por isso, as instâncias constituídas do SUS (comissões intergestores e conselhos) não são suficientes, como palco de pactuação para as políticas de educação na saúde. Temos enormes dificuldades para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a intersetorialidade têm enorme dificuldade de sair do papel, pois envolvem pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional.

O que queremos é transformar as práticas, deixar a formação inadequada que os estudantes não são expostos e propor, aos estudantes, as melhores aprendizagens.

A formação em saúde não pratica a integralidade, não trabalha com a proposta de equipes multiprofissionais. As duas situações são verdadeiras: por isso é que a transformação das práticas de saúde e a transformação da formação profissional em saúde têm que ser produzidas em conjunto. Por mais trabalhoso que seja, não vai haver atalho. É preciso começar a fazer. O SUS, sozinho, não tem capacidade de formação para dar conta do desenvolvimento dos profissionais de saúde. E as instituições de ensino, fora do contato com a realidade da construção do SUS, não vão se transformar. Então, temos que encontrar estratégias para facilitar o complexo processo de interação e pactuação e não abandonar a proposta. E uma destas estratégias é a formação, com base em metodologias inovadoras. O interesse pode ser o de mudar as coisas ou em cooperar com o SUS e, também, em obter recursos. São múltiplas as motivações existentes para a participação de todos os atores, mas o espaço foi e está aberto e o debate é o motor e a produção.

O Ministério da Saúde não pode se limitar a observar essa situação. Precisa desenvolver estratégias específicas para cada situação e precisa mobilizar os atores sociais do SUS, para novos momentos. Estamos, nós, também, aprendendo, com este cenário complexo, a implementação de uma política descentralizadora e inovadora.

Certamente, entretanto, não serão as chuvas de pacotes de capacitação, fragmentadas por áreas, que vão produzir as transformações necessárias. A educação permanente em saúde é uma ferramenta potente para a transformação de práticas e isto pode ser feito *em curso/em ato*. Para a educação permanente em saúde ser implementada amplamente, precisamos

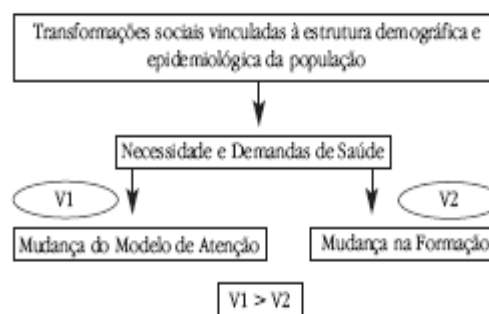
ampliar a massa crítica nesse campo e a formação de facilitadores de educação permanente é estratégia indispensável, visando sempre a realidade desses profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As implicações marcadas neste estudo surgem, com a vivência prática, assim como na construção social da demanda, assim o estudo concluiu que aspectos sociais como o processo de trabalho em saúde, as transformações da contemporaneidade, o modelo de assistência a saúde e as políticas públicas vigente são os pilares para a produção do conhecimento em saúde, assim a educação para a formação em saúde é um espaço que contextualiza e desenvolve a capacidade profissional.

Os modelos de saúde vivenciados pelo Brasil, são elementos em constante mudança, pois buscou atender as necessidades populacionais e políticas no período, isso pode ser melhor visualizada no corpo do trabalho. A chuva de modelos para a saúde surge desde da Segunda Guerra Mundial, e hoje vivemos o modelo de Vigilância em Saúde em formato de PSF. Este modelo vai da ação individual para a coletividade, como vice-versa. Esse modelo do PSF, visa a formação permanente em saúde, mais durante vários anos este não foi o modelo preconizado para a formação.

O modelo inicial para a formação dos profissionais em saúde foi continuado por um longo tempo, depois das mudanças no SUS e das políticas de saúde ocorreram uma nova necessidade de reorganizar a formação, surgindo assim a permanente, que por si só não sustenta essa política, devendo estar incluso nela a formação, ou seja, as universidades, os centros de treinamentos, entre outros. Podemos melhor visualizar neste mandala:



Ministério da Saúde, 2004.

Neste configuração, fica claro que por si só a desejada mudança na atenção não acontecerá se não houver um processo conjunto entre modelo de atenção e formação.

A promessa de educação permanente surge, sem que a continuada desse conta da realidade no período. Os conceitos hora se integram outras se tornam paradoxais. Esta ação

demonstra a realidade que a educação profissional vive no Brasil contemporâneo, mudanças significativas nos termos, mas nas ações de transformações permanece indiferente.

A educação permanente torna-se mais comum quando esta foi inserida como modelo de educação para o PSF. Este modelo de atenção à saúde, resgatou a ação da proposta até então muito teórica e pouco prática, porém na vivência profissional os Pólos de Educação Permanente permaneciam em uma esfera não muito real as necessidades profissionais.

A proposta mais real de formação aconteceu a partir da especialização em Saúde da Família, através do Consórcio-RIO. A especialização vinha atender a um modelo voltado a formação permanente destes profissionais. O modelo visava a articulação ensino-serviço, destinado a qualificação profissional em saúde, consolidado pelo SUS.

Nossa pesquisa avaliou a proposta do modelo da especialização, que atende a esfera das necessidades governamentais, porém percebemos um entrave na conceituação da proposta a partir de um dos elementos fundamentais para a formação, os atores sociais. Este elemento acaba por dificultar a proposta, pois se o entendimento não for claro, como será a ação destes profissionais? Esta pergunta nos deixa muito preocupados, quando buscamos as respostas. Em primeiro como pode ter sido criada uma pós graduação com o objetivo de atender as necessidades profissionais, sem que estes estivessem como parte para expor suas reais necessidades?

Nosso objetivo de estudo acabou por elucidar também essas questões, que acabaram por surgir no decorrer da pesquisa. A proposta de educação permanente em saúde surge para o enfermeiro como elemento contribuidor para atender as necessidades sociais de saúde. Este profissional enfermeiro é membro de uma equipe multidisciplinar, e se faz necessário a atualização para as reais mudanças de modelo de saúde, assim como para as necessidades de formação, já que a graduação não contemplou esta realidade tão inovadora. O PES possui uma estratégia inovadora a da formação com base na problematização profissional, porém elucidara tal proposta se faz com muita cautela, pois os atores envolvidos estavam fora do processo de formação curricular.

O MS deixa claro a conceituação de educação permanente, como práticas reais, com utilização de metodologia da problematização, e fornece uma educação que possibilite a condução da mudança prática e na organização de serviço.

Ao buscarmos dados bibliográficos ficamos surpresos com a escassez de documentos que definem a estratégia, assim como sua historicidade, pois estamos tratando de um Pólo de Educação para profissionais de saúde que já existe desde 2004. A insuficiência dos dados

torna mais difícil mostrar a realidade vivenciada por essa política, assim como para a formação dos egressos.

Em 2006 a Fundação Oswaldo Cruz, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, o Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde e o Observatório dos Técnicos em Saúde, realizaram um estudo baseado na Análise da Política de Educação em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Este projeto de pesquisa foi financiado com recursos do Ministério da Saúde e o apoio da OPAS, para avaliar a estratégia da educação permanente em saúde.

Este documento deixou claro a abordagem para atender a ação de educação em saúde, em primeiro lugar a assistencial (12%), atenção básica (24%) , controle social (3%), educação popular (6%), políticas/gestão (12%), informações em saúde (3%), novas estratégias (9%), políticas EPS (6%), saúde da família (19%), saúde do trabalhador (1%), técnicas laboratoriais em saúde (1%) e vigilância (4%) (fiocruz,2006). Como podemos observar as ações voltadas a atenção básica possui um forte peso, demarcando uma esfera de formação com um dos maiores percentuais, indicando a necessidade de subsidiar atenção para a formação com base nesta atenção.

As ações de formação foram classificadas segunda sua natureza (GTES/MS, 2006):

Cursos (66%): cursos de especialização, cursos técnicos de complementação, qualificação, atualização e aperfeiçoamento, com carga horária de 8 a 452h; Eventos Educativos (24%): atividades pontuais/momentâneas e não convencionais , tais como, teatro, dança, música, mídia, artes, oficinas, vivências, seminários, mesas redondas, palestras, fóruns de discussão, vídeos-debates, dinâmicas, jornadas e encontros; Estruturação (8%): implantação de ações que envolvam estrutura física, material de consumo, serviços de terceiros (física e jurídica), aquisição de equipamentos e material permanente, organização do espaço físico, articulação interinstitucional, capacitação de conselho gestor, mecanismos de acompanhamento e avaliação de projetos, atividades relacionadas, disseminação e fortalecimento das ações do SUS, entre outros e Pesquisa (2%): ações de estudo e pesquisa de necessidades de profissionais e especialista para definição de oferta de formação profissional, diagnóstico da situação dos curso de pós-graduação, construção de sistema de monitoramento e regulação na área da saúde, identificação de necessidades de profissionais e especialistas, na área da saúde, investigação sobre a situação de saúde da população brasileira (perfil epidemiológico e demográfico) como base para políticas de abertura de cursos na área da saúde. (FIOCRUZ, 2006).

Como podemos ver, existem várias ações voltadas para a formação, porém quando se fala no setor pesquisa observa-se um grande elo, entre a existência delas e a avaliação das ações por elas realizadas. Justificando a escassez de documentos e resultados dessa pós-graduação, cursos, qualificação, aperfeiçoamento entre outros. Outro fato a ser observado é a predominância em cursos de curta duração (considerando aqueles com carga horária de até 60 horas) e eventos educativos, ou seja, ações que não contribuem para um avanço em um dos objetivos da educação permanente, que é a articulação dos diversos programas já existentes e a superação da fragmentação do conhecimento que a todo tempo surge dentro da avaliação.

A formação mesmo com a visão da educação permanente, esta marcada por uma prática de formação fragmentada, tecnicista, e que favorece a uma visão pouco global. Para que se forme com base na problematização é necessário reconhecer princípios epistemológicos, científicos e tecnológicos que possa fundamentar as práticas cotidianas desses profissionais.

A educação permanente visualiza os trabalhadores como agentes de mudanças das práticas, mesmo com condições precárias de trabalho. Refletiremos que a educação permanente por si só, não transformará as práticas de saúde, será necessário uma mudança na relação social de produção de trabalho, na formalidade do emprego, nos serviços, e no próprio SUS que vêm se intensificando com o decorrer dos anos por políticas neoliberais que marca a fragilidade da ação da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T.W. **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 190p.
- ALMEIDA, Ana Clementina Vieira de. **Como uma onda no mar: o ir e ver dos quase 100 anos das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Unigranrio, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-23, 1997
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALVARENGA, A.T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 22-41, 1994.
- BARBOSA, Maria Inês Afonso. **O método de educação política de adultos em Paulo Freire**. 1982. Dissertação (Mestrado) – URFJ, 1982.
- _____. **Estado e Educação Popular: um estudo sobre a educação de adultos**. São Paulo: Pioneira, 1974.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. A saúde da população brasileira. In: BARROS; PIOLA; VIANNA. **Política de saúde no Brasil: diagnósticos e perspectivas**. Brasília, Ipea, Textos para discussão 401, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Contrato nº 45/2001**. Processo nº 25000-001804/00-11. Celebra a união, por intermédio da subsecretaria de Assuntos Sub-administrativos do Ministério da Saúde - MS e o Consórcio – PSF-RIO. Brasília: MS/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos,2001.
- _____. Ministério da Saúde. Contrato nº 45/2001. Processo nº0951/0C-BR. Serviços de Consultoria. Desenvolvimento de Curso de Especialização em Saúde da Família Projeto de REFORSUS. Brasília: MS/Secretaria Executiva, 2001.
- _____. **Concorrência Internacional nº 01/2000**. Contratação de Consultoria para Desenvolvimento de Cursos de Especialização em Saúde da Família. REFORSUS. Brasília: MS/Secretaria Executiva, 2001.
- _____. **Convênios nº 792/2000 e nº 489/2002**. Consultoria Desenvolvimento de Cursos de Especialização em Saúde da Família. Brasília: MS/Secretaria Executiva, 2001.
- _____. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 25 de agosto 2003.

_____. **Caderno de Atenção Básica:** Programa Saúde da Família. Educação Permanente. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno 3. Brasília 2000. Política Nacional de Atenção Básica.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente, portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde. v. 4. DF, 2006.

_____. **Lei 8.142 de 1980.** Brasília, 1980.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família,** Brasília, ano 2, n. 6, 1996.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. Hucitec : São Paulo, 1992.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n.2, 1999. (Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços).

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996.

CARVALHO, A.I. Educação à Distância : estratégia importante para a formação permanente. **Revista RADIS:** comunicação em saúde, n.6, jan./fev. 2003. Entrevista concedida.

CARDOSO DE MELO, J.A. **Educação e Práticas Educativas.** Rio de Janeiro: Mimeo, 1991.

CARDOSO DE MELO, J.A., SCHRAMM, F.R. Educação: razão e paixão. In: CARDOSO DE MELO, J.A.(org.) **Educação: razão e paixão.** Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1993. p.19- 26.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16. set./fev. 2005

CERVO, A. L.; BERVANI, P. A. **Metodologia Científica.** 2. ed. ver. Amp. São Paulo, McGraw-Hill, 2000.

CHAUÍ, M. **Cultura e Democracia:** o discurso competente e outras falas. São Paulo: Editora Moderna, 1981. 220p.

CORDEIRO, H. de A. **As empresas médicas:** as transformações capitalistas da prática médica. Rio de janeiro: Editora Graal, 1984.

DARDET, C.A. Que es lo novedoso en la nueva salud pública? **JANO,** v. 46, n. 1067, p. 39-42, jan./fev. 1994.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DEMO, P. Desafios modernos da Educação. Petrópolis: Vozes, 1998.

DELUIZ, N. Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde. In: REUNIÓN DE LA RED LATINO AMERICANA DE TÉCNICOS EM SALUD, 1997. [S. l.]: Fiocruz, 1997.

DONNÂNGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976, 124p

DRUCKER, P. F. **A sociedade pós-capitalista**. São Paulo, Pioneira, 1994.

DURÃO, Anna Violeta. **Projeto Educação Continuada e Permanente em saúde: direcionamentos e controvérsias**. FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2005.

FERRAZ, S.T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.

FERREIRA, N.S.C. Formação Continuada e gestão da educação no contexto da cultura globalizada. In: Ferreira, N.S.C (org). **Formação continuada e gestão da educação**. São Paulo: Cortez, 2003.

FIDALGO, F.; MACHADO, L. **Dicionário da Educação Profissional**. Belo Horizonte: NETE, Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação - FAE, UFMG, 2000.

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de trabalho e educação Profissional em saúde. Observatório dos técnicos em Saúde. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2006

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? **Trabalho , Educação e Saúde**, v. 1 , n. 1, 2002.

FRIGOTTO, G. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação dos Trabalhadores. In: ARROYO, M. et al (orgs.) **Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. p.13-26.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GENTILI, P. Educar para o desemprego: A desintegração da promessa integradora. In: Frigotto,G. (org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**, Petrópolis: Vozes, 2004.

GIROUX, H. Ideologia, Cultura e Escolarização. In _____. **Teoria Crítica e Resistência em Educação**. Petrópolis: Vozes, 1986. p.160-220.

GORZ, A. **Entrevista com André Gorz: o fim do trabalho assalariado**. Navegações, 1999.

HADDAD, J. Q. et al. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. *Tendências e érspectivas*. In: HADDAD, Jorge Q. et al. (orgs). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: D.C.OPS, 2001.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1988.

HAGUETTE, M.T.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

JONES, L. What is health? In: Katz, J.; Pederby, A. (eds.). **Promoting health, knowledge and practice**. Londres: MacMillan & The Open University, 1997.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo, Perspectiva, 1975.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARMOT, M. The social pattern of health and disease. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. **Health and social organization: toward a health policy for the 21st century**. London: Routledge, 1996.

MATTOS, R.A. ; PINHEIRO, R. **Construção social da demanda**. Direito à saúde. Trabalho em equipe. Participação e espaços públicos. Rio de Janeiro. IMS/UERJ- CEPESC. Abrasco. 2005.

MELLO, G. N. **Cidadania e competitividade: desafios educacionais do terceiro milênio**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1997

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: Fumarc, 1985.

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema de Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, G. R.B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979, 209p. Tese de Mestrado em Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

_____. **Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades**. **Cadernos Cefor**, Série textos n. 1, p. 53,1992.

_____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. 278p.

MENDES, G. R. B.; SCHRAIBER, L. **Necessidades de Saúde e Atenção Primária**. In: MENDES, G. R.B.; NEMES, M.I.B.; SCHRAIBER, L. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

MERHY, E. E. A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS. **Cadernos Cefor: Série Textos**, n. 5, p.7-29, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Saúde**. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994a. 269p.

_____. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In: _____. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994b. P.9-30.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde: Da política do consenso à construção do dissenso**. Dissertação apresentada ao Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde. RIO DE JANEIRO 1998.

NUNES, T. C. M. Educação Continuada: Uma Proposta Para a Área de Epidemiologia no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, p.45-54, Mar/Abr, 1993.

OGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Continuando la educación de los trabajadores de la salud: principios e guias para el daserrolo de um sistema**. Ginebra, 1982.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La educación del personal de salud centrada en la comunidad: informe de un grupo de estudio de la OMS**. Geneva, 1987. (Série de informes técnicos, 746).

OPAS/OMS. **Promoción de la salud en las Américas**. Washington, DC, Programa provisional, tema 5.9, 1993.

PIERRO Di, M. C. et al. Visão da educação de jovens e adultos no Brasil. **Cadernos Cedex**, novembro, 2001.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación Permanente, Proceso de Trabajo y Calidad de Servicio en Salud. In Educación Permanente de Personal de Salud. Serie desarrollo de recursos humanos n. 100, p.33-61, 1994.

RAMOS, M. N. A Educação Profissional pela Pedagogia das Competências: Para Além da Superfície dos Documentos Oficiais. **Educação e Sociedade**, Campinas, 2004.

REDE UNIDA. **Capacitar para integrar**. Boletim da Rede Unida: 1999. 3:1. Editorial

SANTOS, B.S. **Pela Mão de Alice: o social e o política na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 1995. 348p

_____. **Oração de Sapiência: um discurso sobre as ciências**. 8ªed. Porto: Afrontamento, 1996. 58p.

SAVIANI, D. As teorias da Educação e o Problema da Marginalidade. In _____. **Escola e Democracia**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 1986. p.7-39.

SAVIANI, D. Sobre a natureza e a especificidade da educação. In _____. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. São Paulo: Cortez, 1991. p. 19-30.

SCHAFF, A. **A sociedade da informática**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

SILVA, M. J. P. da; PERREIRA, L. L.; BENRO, M. A. **Educação continuada**: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva; São Paulo: EDUSP, 1989.

STACHTCHENCO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, n. 81, p. 53-55, 1990.

VIANA, A. L. D. As políticas de Saúde nas décadas de 80 e 90: O (longo) período de reformas. In: A. M. Canesqui (org). **Ciências Sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2000.

VENTURELLI, J. Os aspectos educacionais da reforma da educação nas profissões de saúde. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, C.M. (orgs) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 145-164

WESTPHAL, M. F. Cidades saudáveis: a formação de uma rede brasileira. **Jornal de CONASEMS**, ed. Esp., p. 16-19, ago. 1998.

WILKINSON, R. Income distribution and life expectancy. **British Medical Journal**, n. 304, p. 165-168, 1992

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo. E.P.U, 1991.

WERTHER, W. B.; Davis, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McGraw-hill do Brasil, 1983.

APENDICE A - Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)

**Título: Formação do Enfermeiro na Perspectiva da Formação Permanente:
Ambigüidades Conceituais e Questionamentos Políticos**

OBJETIVOS:

- Conhecer como e por que surgiu a proposta de educação permanente do enfermeiro especialista em PSF;
- Identificar e analisar as estratégias que compõem o PEP e
- Avaliar o alcance e os limites sociais do PEP, para a formação do enfermeiro;
- Identificar quais as apreensões das estratégias e concepções da e na formação permanente do enfermeiro na modalidade *lato sensu*, para o trabalho no PSF.

INFORMAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO:

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que permitirá a discussão de questões essenciais à formação pela proposta da educação permanente, principalmente pela estrutura dos Pólos de PSF - Consórcio – RIO. Os princípios que serão aplicados a todos os participantes deste estudo são os seguintes:

1. Sua participação é totalmente voluntária;
2. Após a leitura destas explicações o(a) Sr.(a) pode fazer qualquer pergunta, necessária para o entendimento da natureza deste estudo.

PROCEDIMENTOS A SEREM SEGUIDOS:

O(a) Sr.(a) responderá um questionário, com sete a oito perguntas, realizadas pelo entrevistador. Estas perguntas estão divididas em questões abertas e fechadas.

Confidencialidade: a privacidade das informações será garantida pelos investigadores do estudo e sua utilização obedecerá estritamente a objetivos científicos.

Maiores informações sobre o estudo, procurar: Gaudêncio Frigotto – Faculdade de Educação/UERJ.

Se o(a) Sr.(a) não entendeu alguma parte deste documento/aplicação, pergunte ao pesquisador antes de assinar.

Atesto o recebimento deste acordo constituído por um Termo de Consentimento e concordo em participar deste estudo.

_____	____/____/____
Assinatura do participante	data
_____	____/____/____
Assinatura do pesquisador	data

APÊNDICE B - Perguntas da Entrevista

Perguntas da entrevista:

Coordenação de uma das instituições que participou:

- 1) Na proposta do curso contam 05 objetivos, a saber. Na sua avaliação, em que medida o consórcio atingiu o objetivo geral (após o curso)?
- 2) Dos objetivos específicos, quais foram atingidos integralmente e quais não foram e por que?
- 3) Em uma escala de 01 (um) a 10 (dez), atribua a cada um dos objetivos específicos.
- 4) No ponto de vista da metodologia proposta, quais as dificuldades detectadas e, do ponto de vista prático, qual seria o nível de sua análise: regular, bom, muito bom ou excelente?
- 5) Em relação à proposta curricular, quais as dificuldades e deficiências que a avaliação das instituições do consórcio verificaram?
- 6) Em relação aos participantes do curso, o resultado final, na visão das instituições, foi regular, bom, muito bom ou excelente? Poderia justificar sua avaliação?
- 7) Tem-se o conhecimento do 2º curso. Que aspectos institucionais e que mudanças o(a) sr(a) prevê, para existir este novo curso?
- 8) O consórcio envolvia 4 universidades de naturezas diversas (pública/privada) e com histórias diversas. Em quais aspectos positivos destacaria, em relação ao consórcio, para a efetividade do curso realizado? E quais aspectos negativos foram detectados nessa natureza?

Alunos:

- 1) Na proposta do curso, contam 05 objetivos, a saber. Na sua avaliação, em que medida o consórcio atingiu o objetivo geral (após o curso)?
- 2) Dos objetivos específicos, quais foram atingidos integralmente e quais não foram? Você saberia o porquê?
- 3) Em uma escala de 01 (um) a 10 (dez), atribua, a cada um dos objetivos específicos, um valor.
- 4) No ponto de vista da metodologia proposta, quais as dificuldades detectadas e, do ponto de vista prático, qual seria o nível de sua análise: regular, bom, muito bom ou excelente, atribuída ao curso?
- 5) Em relação à proposta curricular, quais as dificuldades e deficiências que você faz ao curso?

- 6) Em relação ao curso, o resultado final, na sua visão, foi regular, bom, muito bom ou excelente? Poderia justificar sua avaliação?
- 7) Tem-se o conhecimento do 2º curso. Que aspectos institucionais e que mudanças você sugere para este novo curso?

ANEXO A – Projeto de reforma do setor de saúde

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS

PROJETO DE REFORMA DO SETOR DE SAÚDE - REFORSUS

CONCORRÊNCIA INTERNACIONAL Nº 01/2000

**CONTRATAÇÃO DE CONSULTORIA PARA DESENVOLVIMENTO DE CURSOS DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO – BID
ACORDO DE EMPRÉSTIMO BID Nº 0951/0C-BR**

SEÇÃO III TERMO DE REFERÊNCIA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

1 – Introdução

O grande avanço existente na legislação vigente do setor saúde, necessariamente, precisa reverter-se em efetivas melhorias do quadro sanitário do País, cujo modelo assistencial tradicional caracteriza-se por ser espoliativo, centralizador e aético.

Faz-se necessária a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, fundamentado em uma nova ética setorial, que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços. No processo de construção de novos modelos assistenciais, deve-se observar a plena sincronia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, colocando-se as práticas de saúde a serviço da defesa da vida do cidadão.

A estratégia de Saúde da Família responde às diretrizes e ao ideário deste novo modelo e sua concretização, ao longo dos últimos anos, vem provando tal afirmativa. Nessa concepção inovadora, a família torna-se o objeto da atuação setorial, procurando-se, assim, ensejar condições que conduzam à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático e solidário.

A referida estratégia vem disseminando-se desde a atenção básica à saúde a todo sistema, objetivando gerar novas práticas, novas relações, onde se afirme a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e sanitários.

Dessa forma, as práticas assistenciais apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e o usuário: a família contextualizada.

A Estratégia de Saúde da Família compõe, de forma destacada, o Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde, estando sendo conduzido como uma forma de reordenar a atenção básica à saúde do povo brasileiro.

Os resultados apresentados pelos Municípios que optaram por essa estratégia caracterizam-se pelo aumento da disponibilidade de serviços de saúde à população, associado à sua considerável melhoria, em especial, dando às unidades básicas um caráter mais resolutivo, participativo e humano, resgatando a credibilidade da comunidade à tal nível do sistema.

Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduza à realização de novas práticas assistenciais possibilitadoras, inclusive, da compreensão e apreensão de distintas realidades sanitárias, sem, concomitantemente, investir-se na formação e permanente capacitação de recursos humanos.

Para a preparação de profissionais capazes de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, como coletivos, contextualizando-se, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente, é fundamental que se desenvolva um processo educacional permanente, integrando o ensino com o serviço, voltando-se à criação de novos valores, trabalhando

mais a saúde do que a doença, permeados de preocupações integrais, coletivas e sociais e através do estímulo permanente ao trabalho em equipe.

Na prática, percebe-se que, apesar do importante investimento do Ministério da Saúde para o avanço dessa proposta, um dos principais obstáculos para sua consecução é a inadequação dos recursos humanos disponíveis, bem como dos que estão em formação, voltados, ainda, para um modelo sistêmico tradicional.

O Ministério da Saúde, ciente dessa problemática, definiu apoio técnico e financeiro para a viabilização de iniciativas institucionais que visem a instalação de **PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE** para a concretização da estratégia de Saúde da Família.

No termo de referência que subsidiou a apresentação dos projetos dos referidos Pólos, nos dois processos licitatórios desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, conceituava-se o Pólo como sendo a articulação entre as instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos referentes à estratégia de Saúde da Família. A referida articulação deve se dar entre as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias de Saúde Estadual e Municipais. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino/serviço e voltada para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS.

O conjunto básico de atividades a serem desenvolvidas por um Pólo compreende, a curto e médio prazos, a oferta de cursos de atualização para profissionais de saúde que integrem uma Equipe de Saúde da Família, bem como seu contínuo monitoramento, a implantação de programas de educação permanente destinados a esses profissionais, utilizando cursos curtos presenciais, educação à distância, processo auto-instrucional, atividades de interconsultas a especialistas, e outros e a implantação de cursos de especialização ou outras formas de pós-graduação voltados para a estratégia de saúde da família. A longo prazo, compete aos Pólos o desenvolvimento de iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação, com vistas a formação de profissionais voltados à nova estratégia, independente da área ou especialidade a ser seguida.

Dessa forma, um amplo movimento nacional vem sendo realizado atingindo a implantação de quase 6.000 equipes de saúde da família, em quase 2.000 municípios brasileiros e, também, a qualificação desse pessoal e daqueles que hão de trabalhar sob a nova estratégia, cuja meta está estabelecida, para o ano de 2002, em 22.000 equipes, vinculando mais da metade da população brasileira.

2 – Objetivos

Geral

Formar profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para desempenharem suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual.

Específicos

- ① Discutir o papel do profissional de saúde e estratégias de atuação com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS;
- ② Capacitar para o processo de gestão local de sistemas de saúde, observando a concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade das ações;
- ③ Aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência;
- ④ Capacitar clinicamente e administrativamente os participantes para uma apropriada atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do adulto em geral e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar;
- ⑤ Capacitar para o pronto e adequado diagnóstico das doenças mais frequentes na sua localidade de trabalho.

O acesso ao Curso dar-se-á mediante processo seletivo, que incluirá, pelo menos, prova de conhecimento escrita e entrevista, preferencialmente, àqueles que estão trabalhando em uma equipe de saúde da família, ou que nela já tenham trabalhado. Deverão ser estimulados, também, para a participação dos Curso de Especialização aqueles que acumularam experiências profissionais no setor saúde e pretendam dedicar-se à prática da saúde da família.

3 – Base metodológica a ser utilizada

Em uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde que propugna por sua adequação permanente às alterações do quadro sanitário e social da população, de pouco vale trabalhar-se com uma metodologia de ensino baseada, apenas, em repasse de informações, por mais atualizadas que elas sejam.

O curso deverá ser estruturado de maneira que seus participantes apropriem-se de um método que os possibilite a desenvolver um processo permanente de aprendizagem auto-dirigida. Tal prática deve estar voltada a gerar uma preocupação rotineira do profissional em estar identificando problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscando soluções apropriadas.

O curso de Especialização em Saúde da Família deverá estar embasado na estratégia de integração ensino-serviço, preferencialmente, com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de reflexão crítica, síntese, análise e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção do conhecimento, através do estímulo ao permanente raciocínio clínico, seja para questões individuais ou coletivas, baseando-se, sempre que possível, em metodologias problematizadoras. PBL

Nos períodos de dispersão e ou de atividades práticas poderão participar do processo educacional profissionais de saúde com notória experiência na área atuando como preceptor.

4 – Clientela

O Curso em questão deverá ser destinado a profissionais de saúde de nível superior, de forma multiprofissional, com a participação de, no mínimo, profissionais da área médica e de enfermagem, salvaguardadas as especificidades de cada área técnica no desempenho de suas funções em uma equipe de saúde da família.

5 – Estrutura

O Curso de Especialização credenciado, com o objetivo de formar especialistas em Saúde da Família, nas diversas áreas do setor saúde, em especial médico de família e enfermeiro de família, deverá ter a carga horária mínima de 600 horas/aula, incluindo aspectos ligados às suas abordagens coletiva e clínica individual, bem como aos principais aspectos referentes à elaboração de trabalhos científicos.

Quanto à abordagem coletiva, deverão ser trabalhados, minimamente, os aspectos relacionados: a) à organização sistêmica sob a estratégia de saúde da família; b) aos fatores relacionados ao processo de equilíbrio saúde-doença; c) ao planejamento e à epidemiologia como instrumentos de gestão e assistência; d) à prática da vigilância em saúde; e) à educação em saúde como instrumento de apoio à mobilização social e f) à organização e à dinâmica familiares.

A abordagem clínica individual deverá ser trabalhada, sempre no contexto familiar e social e sob o princípio do ciclo de vida, atentando às doenças prevalentes em cada período. Deverão ser discutidos, minimamente, os aspectos ligados: a) à medicina baseada em evidência; b) à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar compartilhado; c) ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e do adolescente; d) à assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério; e) às doenças prevalentes no adulto, transmissíveis e não transmissíveis, destacando as especificidades de gênero, em especial à violência e às doenças evitáveis ou precocemente identificáveis na mulher, tais como o câncer ginecológico; f) à atenção a saúde do idoso; g) à saúde mental e h) aos procedimentos demandados por situações de urgência clínica e cirúrgica.

Para que o aluno, ao término do curso, faça jus à certificação específica, ele deverá, além de atingir a média mínima exigida nas diversas disciplinas, entregar um trabalho científico publicável, aprovado pelo orientador escolhido pelo aluno, bem como, por uma banca designada pelo coordenador do curso.

6 – Prazos e relatórios

O curso deverá ter a duração de, no máximo, 18 meses, incluindo o prazo para a entrega do trabalho final.

Após o processo seletivo, a coordenação deverá elaborar relatório e enviá-lo à Coordenação de Desenvolvimento de Novas Práticas em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde contendo a relação dos aprovados, sua formação básica e local de trabalho.

ANEXO B - Processo nº 25000-001804/00-11



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS

PROCESSO N.º 25000-001804/00-11

CONTRATO N.º 45/2001 QUE ENTRE SI
CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO
DA SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS
ADMINISTRATIVOS DO MINISTÉRIO DA
SAÚDE – MS E O CONSÓRCIO “PSF-RIO”.

Aos 20 dias do mês de setembro de 2001, de um lado, a União, por intermédio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde – MS, com sede em Brasília-DF, na Esplanada dos Ministérios, Bloco “G” – 4º Andar – Edifício Anexo, inscrito no CNPJ/MF sob nº 00394.544/0008-51, de agora em diante designado CONTRATANTE, neste ato representada por seu Subsecretário **AILTON DE LIMA RIBEIRO**, nomeado por Decreto de 22 de Janeiro de 1998, publicado no Diário Oficial da União de 23 de Janeiro de 1998, portador da Carteira de Identidade n.º 67.228-17, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e CPF nº 487.119.008-06 e, de outro lado, o Consórcio “PSF-RIO”, integrado pelas instituições Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, inscrita no CNPJ sob Nº 33.540.014/0001-57, com sede na Rua São Francisco Xavier nº 524 – na Cidade do Rio de Janeiro, Fundação Educacional Severino Sombra - FUSVE, inscrita no CNPJ sob Nº 32.410.037/0001-84, com sede na Praça Martinho Nóbrega, nº 40 – Vassouras, Estado do Rio de Janeiro, Associação Fluminense de Educação - AFE, inscrita no CNPJ sob Nº 29.403.763/0001-65, com sede na Rua Prof. José de Souza Herdy, nº 1160, Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva-CEPESC, inscrita no CNPJ sob Nº 31.104.896/0001-82, com sede na Rua São Francisco Xavier nº 524 – 7º andar, Bloco “D” – Maracanã, Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Otacilio Gualberto, inscrita no CNPJ sob Nº 34.034.959/0002-40, com sede na Rua Machado Fagundes, nº 326 – Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro sendo designada como instituição Líder a CEPESC, neste ato representado por sua Presidente, Senhora **CÉLIA REGINA PIERANTONI**, RG n.º 21.139, CPF n.º 370.561.587-49, doravante denominada CONTRATADA, e de acordo com o Processo número 25000-001804/00-11/MS, Concorrência Internacional nº 01/2000, realizado nos termos do Contrato de Empréstimo n.º 0951/OC-BR, firmado entre a República Federativa do Brasil e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, conforme faculta o § 5º do art. 42 da Lei n.º 8.666, de 21.6.93,

com suas alterações subseqüentes e legislação correlata, têm entre si acordado o presente instrumento de CONTRATO, que se regerá pelas CLÁUSULAS estabelecidas a seguir:

ANEXO A TERMO DE REFERÊNCIA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

1 – Introdução

O grande avanço existente na legislação vigente do setor saúde, necessariamente, precisa reverter-se em efetivas melhorias do quadro sanitário do País, cujo modelo assistencial tradicional caracteriza-se por ser espoliativo, centralizador e aético.

Faz-se necessária a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, fundamentado em uma nova ética setorial, que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços. No processo de construção de novos modelos assistenciais, deve-se observar a plena sincronia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, colocando-se as práticas de saúde a serviço da defesa da vida do cidadão.

A estratégia de Saúde da Família responde às diretrizes e ao ideário deste novo modelo e sua concretização, ao longo dos últimos anos, vem provando tal afirmativa. Nessa concepção inovadora, a família torna-se o objeto da atuação setorial, procurando-se, assim, ensejar condições que conduzam à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático e solidário.

A referida estratégia vem disseminando-se desde a atenção básica à saúde a todo sistema, objetivando gerar novas práticas, novas relações, onde se afirme a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e sanitários.

Dessa forma, as práticas assistenciais apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e o usuário: a família contextualizada.

A Estratégia de Saúde da Família compõe, de forma destacada, o Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde, estando sendo conduzido como uma forma de reordenar a atenção básica à saúde do povo brasileiro.

Os resultados apresentados pelos Municípios que optaram por essa estratégia caracterizam-se pelo aumento da disponibilidade de serviços de saúde à população, associado à sua considerável melhoria, em especial, dando às unidades básicas um caráter mais resolutivo, participativo e humano, resgatando a credibilidade da comunidade à tal nível do sistema.

Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduza à realização de novas práticas assistenciais possibilitadoras, inclusive, da compreensão e apreensão de distintas realidades sanitárias, sem, concomitantemente, investir-se na formação e permanente capacitação de recursos humanos.

Para a preparação de profissionais capazes de perceber a multicausalidade dos processos: mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, como coletivos

contextualizando-se, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente, é fundamental que se desenvolva um processo educacional permanente, integrando o ensino com o serviço, voltando-se à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença, permeados de preocupações integrais, coletivas e sociais e através do estímulo permanente ao trabalho em equipe.

Na prática, percebe-se que, apesar do importante investimento do Ministério da Saúde para o avanço dessa proposta, um dos principais obstáculos para sua consecução é a inadequação dos recursos humanos disponíveis, bem como dos que estão em formação, voltados, ainda, para um modelo sistêmico tradicional.

O Ministério da Saúde, ciente dessa problemática, definiu apoio técnico e financeiro para a viabilização de iniciativas institucionais que visem a instalação de PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE para a concretização da estratégia de Saúde da Família.

No termo de referência que subsidiou a apresentação dos projetos dos referidos Pólos, nos dois processos licitatórios desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, conceituava-se o Pólo como sendo a articulação entre as instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos referentes à estratégia de Saúde da Família. A referida articulação deve se dar entre as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias de Saúde Estadual e Municipais. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino/serviço e voltada para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS.

O conjunto básico de atividades a serem desenvolvidas por um Pólo compreende, a curto e médio prazos, a oferta de cursos de atualização para profissionais de saúde que integrem uma Equipe de Saúde da Família, bem como seu contínuo monitoramento, a implantação de programas de educação permanente destinados a esses profissionais, utilizando cursos curtos presenciais, educação à distância, processo auto-instrucional, atividades de interconsultas a especialistas, e outros e a implantação de cursos de especialização ou outras formas de pós-graduação voltados para a estratégia de saúde da família. A longo prazo, compete aos Pólos o desenvolvimento de iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação, com vistas a formação de profissionais voltados à nova estratégia, independente da área ou especialidade a ser seguida.

Dessa forma, um amplo movimento nacional vem sendo realizado atingindo a implantação de quase 6.000 equipes de saúde da família, em quase 2.000 municípios brasileiros e, também, a qualificação desse pessoal e daqueles que hão de trabalhar sob a nova estratégia, cuja meta está estabelecida, para o ano de 2002, em 22.000 equipes, vinculando mais da metade da população brasileira.

2 – Objetivos

Geral

Formar profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para desempenharem suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual.

Específicos

- ❶ Discutir o papel do profissional de saúde e estratégias de atuação com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS;
- ❷ Capacitar para o processo de gestão local de sistemas de saúde, observando a concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade das ações;
- ❸ Aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência;
- ❹ Capacitar clínica e administrativamente os participantes para uma apropriada atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do adulto em geral e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar;
- ❺ Capacitar para o pronto e adequado diagnóstico das doenças mais frequentes na sua localidade de trabalho.

3 – Base metodológica a ser utilizada

Em uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde que propugna por sua adequação permanente às alterações do quadro sanitário e social da população, de pouco vale trabalhar-se com uma metodologia de ensino baseada, apenas, em repasse de informações, por mais atualizadas que elas sejam.

O curso deverá ser estruturado de maneira que seus participantes apropriem-se de um método que os possibilite a desenvolver um processo permanente de aprendizagem auto-dirigida. Tal prática deve estar voltada a gerar uma preocupação rotineira do profissional em estar identificando problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscando soluções apropriadas.

O curso de Especialização em Saúde da Família deverá estar embasado na estratégia de integração ensino-serviço, preferencialmente, com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de reflexão crítica, síntese, análise e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção do conhecimento, através do estímulo ao permanente raciocínio clínico, seja para questões individuais ou coletivas, baseando-se, sempre que possível, em metodologias problematizadoras.

Nos períodos de dispersão e ou de atividades práticas poderão participar do processo educacional profissionais de saúde com notória experiência na área atuando como preceptor.

4 – Clientela

O Curso em questão deverá ser destinado a profissionais de saúde de nível superior, de forma multiprofissional, com a participação de, no mínimo, profissionais da área médica e de enfermagem, salvaguardadas as especificidades de cada área técnica no desempenho de suas funções em uma equipe de saúde da família.

O acesso ao Curso dar-se-á mediante processo seletivo, que incluirá, pelo menos, prova de conhecimento escrita e entrevista, preferencialmente, àqueles que estão trabalhando em uma equipe de saúde da família, ou que nela já tenham trabalhado. Deverão ser estimulados, também, para a participação dos Curso de Especialização aqueles que acumularam experiências profissionais no setor saúde e pretendam dedicar-se à prática da saúde da família.

5 – Estrutura

O Curso de Especialização credenciado, com o objetivo de formar especialistas em Saúde da Família, nas diversas áreas do setor saúde, em especial médico de família e enfermeiro de família, deverá ter a carga horária mínima de 600 horas/aula, incluindo aspectos ligados às suas abordagens coletiva e clínica individual, bem como aos principais aspectos referentes à elaboração de trabalhos científicos.

Quanto à abordagem coletiva, deverão ser trabalhados, minimamente, os aspectos relacionados: a) à organização sistêmica sob a estratégia de saúde da família; b) aos fatores relacionados ao processo de equilíbrio saúde-doença; c) ao planejamento e à epidemiologia como instrumentos de gestão e assistência; d) à prática da vigilância em saúde; e) à educação em saúde como instrumento de apoio à mobilização social e f) à organização e à dinâmica familiares.

A abordagem clínica individual deverá ser trabalhada, sempre no contexto familiar e social e sob o princípio do ciclo de vida, atentando às doenças prevalentes em cada período. Deverão ser discutidos, minimamente, os aspectos ligados: a) à medicina baseada em evidência; b) à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar compartilhado; c) ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e do adolescente; d) à assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério; e) às doenças prevalentes no adulto, transmissíveis e não transmissíveis, destacando as especificidades de gênero, em especial à violência e às doenças evitáveis ou precocemente identificáveis na mulher, tais como o câncer ginecológico; f) à atenção a saúde do idoso; g) à saúde mental e h) aos procedimentos demandados por situações de urgência clínica e cirúrgica.

Para que o aluno, ao término do curso, faça jus à certificação específica, ele deverá, além de atingir a média mínima exigida nas diversas disciplinas, entregar um trabalho científico publicável, aprovado pelo orientador escolhido pelo aluno, bem como, por uma banca designada pelo coordenador do curso.

Para que o aluno, ao término do curso, faça jus à certificação específica, ele deverá, além de atingir a média mínima exigida nas diversas disciplinas, entregar um trabalho científico publicável, aprovado pelo orientador escolhido pelo aluno, bem como, por uma banca designada pelo coordenador do curso.

6 – Cronograma, Prazos e Relatórios

O curso deverá ter a duração de, no máximo, 10 meses, incluindo o prazo para a entrega do trabalho final. Neste prazo não está incluído o desenvolvimento do processo seletivo, estimado em 60 sessenta dias.

O cronograma definitivo de implementação do Curso será submetido à aprovação da Coordenação de Qualificação em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, nos termos previstos no Contrato.

Após o processo seletivo, a contratada deverá elaborar relatório e enviá-lo à Coordenação de Qualificação em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde contendo a relação dos aprovados, sua formação básica, critérios adotados e locais de trabalho.

Após a execução de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária a contratada deverá, no prazo máximo de 30 dias, enviar relatório parcial contendo as notas alcançadas pelos alunos e a correspondente avaliação do módulo(s) desenvolvido(s) evidenciando: metodologia, desempenho do professor, conteúdo e outros, à Coordenação de Qualificação em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Após a execução de 50% (cinquenta por cento) da carga horária a contratada deverá, no prazo máximo de 30 dias, enviar relatório parcial contendo as notas alcançadas pelos alunos e a correspondente avaliação do módulo(s) desenvolvido(s) evidenciando: metodologia, desempenho do professor, conteúdo e outros, à Coordenação de Qualificação em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Após a execução de 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária a contratada deverá, no prazo máximo de 30 dias, enviar relatório parcial contendo as notas alcançadas pelos alunos e a correspondente avaliação do módulo(s) desenvolvido(s) evidenciando: metodologia, desempenho do professor, conteúdo e outros, à Coordenação de Qualificação em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Após a execução de 100% (cem por cento) da carga horária (incluindo a etapa de apresentação dos trabalhos finais), no prazo máximo de 60 dias, a contratada deverá enviar relatório final do curso à Coordenação de Qualificação em Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, contendo a menção final de cada aluno e sua avaliação do curso no que tange à possibilidade de mudança de sua prática profissional, anexando cópia dos trabalhos finais.

ANEXO C - Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.

**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais
do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação, em âmbito nacional, na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

- I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e
- II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem, por objetivo, dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e

reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações, a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem, por objetivo, dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- II – incorporar a ciência/arte do cuidar, como instrumento de interpretação profissional;
- III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

- V – compreender a política de saúde, no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos, para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- XI – responder às especificidades regionais de saúde, através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
- XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes, quanto da sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta, para o cuidar de enfermagem;
- XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
- XX – prestar cuidados de enfermagem, compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual, como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional;
- XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

- XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- XXIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
- XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e
- XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

- I - **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;
- II - **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III - **Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se:
 - a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
 - b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
 - c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e
 - d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover, no aluno e no enfermeiro, a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir, no currículo, o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades, nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou à distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

- I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve à construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- II - as atividades teóricas e práticas presentes, desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
- VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo, no aluno e no enfermeiro, atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e
- IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem, que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES a qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo, Presidente da Câmara.