CONASS documenta

Cadernos de
informação técnica
e memória do CONASS

30

O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: a ênfase na Educação Permanente em Saúde e os Resultados do Curso de Especialização

Anexo 3

Elaboração e Gestão de Projetos de Educação Permanente em Saúde no contexto do SUS

Conteudista

Tereza Cristina Lins Amaral
Beatriz Figueiredo Dobashi

Elaboração e Gestão de Projetos de Educação Permanente em Saúde no contexto do SUS[1,2]

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), pela sua magnitude, é um lócus privilegiado para o desenvolvimento de processos educacionais, que integram ensino e aprendizagem "no" e "para o" trabalho. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em potente estratégia capaz de operar mudanças significativas no processo de trabalho, na medida em que integra formação teórica, instrumentos técnicos e experiências vivenciadas, contribuindo, de maneira efetiva, para transformações tanto na gestão quanto nas práticas de atenção à saúde, além do fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais.

Esta proposta teve sua origem na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde. No Brasil, essa estratégia foi regulamentada em 2007, por meio da Portaria GM/MS n. 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

1 Trata-se de texto base utilizado de forma roteirizada para módulo de ensino. Alterado para o formato de capítulo de livro, com vistas a compor a presente publicação.

2 Conteudistas: Tereza Cristina Lins Amaral – endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1499127575373364; e Beatriz Figueiredo Dobashi – Médica Sanitarista pela Universidade Estadual de Mato Grosso (hoje federal de MS); especialização em Medicina do Trabalho; Planejamento Regional e Administração Pública. Mestre em Gestão da Clínica e Coordenação Médica pela Universidade à Distância de Madri/Espanha.

Para se falar em mudanças nos processos de formação é preciso ter clareza de que propostas nesse sentido devem-se fundamentar na problematização das realidades locais, apoiadas em análise ampla, interdisciplinar e multissetorial, envolvendo os diversos segmentos.

Esse novo paradigma – que vem de encontro às iniciativas anteriores de mudança baseadas em programas verticais e nas dicotomias entre individual × coletivo; clínica × saúde pública; especialidade × generalidade; integralidade × focalização – torna-se imperativo em face das responsabilidades constitucionais conferidas ao SUS.

O SUS, o planejamento, e a educação permanente em saúde

Em outubro de 1988 é promulgada a "Constituição Cidadã", que traz em seu bojo a maior política de inclusão social de que se tem notícia: a saúde como direito de todos e dever do estado, por meio de um Sistema Único de Saúde, forjado pelo princípio da universalidade, ao qual se agregaram a integralidade e a equidade.

Um sistema a ser organizado de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada e de comando único em cada esfera de governo, respeitando o pacto federativo existente no Brasil e sem perder a solidariedade entre os entes.

Somente esses aspectos já são suficientes para demonstrar a complexidade desse sistema. Entretanto, ainda devem ser somadas outras características como a dimensão continental do país; os quase 6.000 municípios, as diversidades regionais; a existência de populações vulneráveis, os vazios assistenciais, a dificuldade de acesso em muitos lugares, os bolsões de pobreza e a acentuada disparidade socioeconômica.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde assume a coordenação nacional do SUS e começa a exercitar a atuação tripartite, fazendo isso, contudo, por meio de inúmeras portarias e normas que vão distanciando a gestão em saúde do preceito constitucional de responsabilidade conjunta pela saúde da população.

Essa condução motivou – a partir de 2003 – acirrados debates entre os representantes dos estados e municípios; do governo federal e de entidades voltadas para estudos e pesquisas em saúde pública, como CONASS, Conasems, Ministério da Saúde, Opas, Cebes, Abrasco, entre outras.

O novo pacto pela saúde

Apontando que seria necessário qualificar os instrumentos de gestão da saúde, bem como reafirmar o compromisso com o SUS e lutar pela melhoria do financiamento do sistema, foi proposto novo Pacto pela Saúde, em 2006, desdobrado em três vertentes: (*i*) o Pacto de Gestão, com o propósito de aprimorar a regionalização em saúde, o planejamento, o controle/avaliação, a regulação da assistência em saúde, o controle social e a gestão do trabalho; (*ii*) o Pacto pela Vida, que selou o compromisso da intervenção pública sobre as principais causas de adoecimento e morte dos brasileiros, além do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), como ordenadora do cuidado em saúde; e (*iii*) o Pacto pelo SUS, uma frente de defesa dos princípios constitucionais e de luta por financiamento suficiente e sustentável para a saúde.

Sem considerar os problemas de financiamento que a cada dia se agravam, pode-se afirmar que o novo Pacto conseguiu bons resultados. Trouxe a busca da gestão aprimorada e carreou para a APS os recursos tripartites, entre outros avanços. Contudo, não foi suficiente para solidificar as regiões como territórios da produção social da saúde, nem avançou para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), importantes passos para conseguir a integralidade do cuidado.

Foi nesse cenário que surgiu o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O referido Decreto resgata o planejamento em saúde, de característica tripartite e ascendente, relativo ao espaço regional e baseado nas necessidades em saúde da população, implicando inclusive a retomada do papel da gestão estadual, que passou a coordenar as pactuações para atuação em rede.

O Decreto citado trouxe também o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), um instrumento celebrado entre as três esferas de governo, contendo todas as ações programadas em cada região, as estratégias para executá-las, os recursos necessários, as responsabilidades de cada ente e os indicadores de acompanhamento e avaliação.

Em que pese o fato de apenas dois estados terem celebrado o COAP, deve ser assinalada a mobilização de muitas unidades da federação, no sentido de discutir as necessidades das diversas regiões e programar as devidas intervenções, ou seja, PLANEJAR EM SAÚDE.

Planejamento em saúde

O planejamento em saúde tem a finalidade precípua de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, representando ferramenta para suplantar as desigualdades e uma forma de implantar novos modelos de atenção, baseados na territorialidade e voltados para atender às necessidades sociais demandadas e percebidas.

O planejamento compreende: (*i*) estudos sobre o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinado objetivo; (*ii*) estudos das estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas; e (*iii*) estudos teóricos e metodológicos para construção de planos, programas e projetos.

Segundo Rivera e Artmann (2010), existem no Brasil quatro correntes a respeito do planejamento em saúde: (*i*) Gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas: em síntese, defende a forte autonomia; os colegiados de gestão e a ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Compõem seu referencial teórico o planejamento estratégico de Mario Testa e o situacional de Matus, além de elementos da qualidade total, da análise institucional e conceitos de acolhimento e vínculo; (*ii*) Planejamento estratégico comunicativo representado por núcleos da Fiocruz: se baseia na teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas, mas não se limita a ele. Desenvolve uma reflexão a respeito

da gestão pela escuta, incluindo liderança, práticas de argumentação, redes de conversação e gestão organizacional; (*iii*) Vigilância em Saúde – corrente representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico e institucional: coloca a vigilância à saúde como indutora de mudança do modelo de atenção, combatendo os programas verticais e defendo a matricialidade horizontal, além de buscar sempre a intersetorialidade, base da promoção da saúde. Utiliza o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus como referência. Vem trabalhando com as microrregiões solidárias, embriões do sistema regionalizado e organizado em rede. Destaca-se a contribuição de Mendes, no planejamento e montagem de redes de atenção à saúde; e (*iv*) Faculdade de Medicina da USP: defende a mudança das práticas assistenciais, com ênfase na multidisciplinaridade e no trabalho em equipe, bem como o uso da epidemiologia clínica e social, ensejando abordagem mais integrada e coordenada do atendimento.

Os autores destacam ainda a contribuição específica do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por meio de um laboratório de integralidade, o qual gerou uma gama de trabalhos sobre o tema, inseridos na área de gestão de redes em saúde.

Nos serviços, o que se vê atualmente é uma mistura desses conceitos e práticas e é bom que seja assim: apreendendo o melhor de cada corrente, em especial quando se trata de gerir e elaborar projetos de educação permanente em saúde, considerando que o trabalho em saúde pressupõe um conjunto de pessoas cuidando de outras pessoas – uma organização social. E que tipo de trabalhadores se deseja, em um cenário em constante renovação e diante das novas políticas públicas que tratam da melhoria do cuidado?

EPS como resposta à necessidade de novo profissional que assuma as novas práticas

A formação e o aperfeiçoamento não podem tomar como referência apenas a bom desempenho no diagnóstico, no tratamento, ou mesmo na prevenção e reabilitação do ponto de vista físico. Deve incluir a capacidade

de planejar, de gerir, de formular políticas públicas. Deve, antes de tudo, estimular a busca de práticas inovadoras no atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, promover a sensibilidade e o respeito ao controle social em saúde e, de modo especial, se colocar no lugar do outro quando executar o cuidado.

Essas afirmativas levam à conclusão de que a formação e o aperfeiçoamento em saúde somente trarão resultados se realizados a partir do processo de trabalho, ou seja, no que hoje se denomina Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS tem como princípios: (*i*) os recursos humanos são a base do sistema de saúde; (*ii*) o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social; (*iii*) os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde. Assim, a formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, além de estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Nas palavras de Emerson Elias Merhy:

> [...] estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe. Construí-la no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador de ações deve ser uma perseguição implacável para quem quer efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde.

A EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, que possibilita mudanças nas relações,

nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Assim, os projetos de EPS devem ser ascendentes, multiprofissionais e interdisciplinares.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde lançada pelo Ministério da Saúde pela Portaria n. 198, 13 de fevereiro de 2004, permitiu olhar mais acurado para esse aspecto da gestão do trabalho em saúde. Entretanto, a proposta não se efetivou como política do SUS, em função de dificuldades como o funcionamento dos Polos; a liberação de recursos federais; a capacidade de gasto dos recursos recebidos, entre outros.

Os avanços começaram quando se deu o envolvimento efetivo dos gestores e a programação passou a ser baseada realmente nas necessidades dos serviços, incluindo as características regionais, conforme previsto no parágrafo único do art. 1º da Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007, a saber: "A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde". Vale destacar que a referida Portaria define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

A formação dos profissionais de saúde

Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentam o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: (*i*) ensino, (*ii*) gestão, (*iii*) atenção e (*iv*) controle social. Os autores buscam, a partir de uma prática em experimentação como política de educação para o SUS, formular uma teoria-caixa de ferramentas que permita a análise crítica da educação que tem sido feita no setor da saúde e a construção de caminhos desafiadores. A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social.

Os autores situam a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

A EPS envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais e dos dirigentes. As demandas para educação em serviço 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.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, a ação intersetorial e a noção de humanização.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a APS cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com

a população. Em todas as suas modalidades de operação, a APS deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

Mecanismos de avaliação dos processos de educação permanente em saúde devem ser previstos, bem como mecanismos de monitoramento que possibilitem ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde.

A avaliação e o monitoramento deverão considerar como condição relevante a territorialização política e social das necessidades em saúde, de modo a permitir a compatibilização da formação com as intervenções epidemiológicas, demográficas e culturais necessárias em cada população territorializada.

Ao eleger as necessidades em saúde como requisito indispensável para o processo de educação permanente, os diversos atores em formação deverão desenvolver novas propostas pedagógicas, que sejam capazes de promover a construção do conhecimento estreitamente voltado para a realidade do espaço de intervenção.

Portanto, serão necessários novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem. Articulações interinstitucionais precisam ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a educação permanente em saúde constitua espaços de planejamento, gestão e mediação. E ainda para que as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se materializem de forma agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as peculiaridades locorregionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Di*ário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

____. ____. Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Di*ário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

____. ____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educa**ção permanente entra na roda: pó**los de educa**ção permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília, DF; 2005.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educa**ção permanente em saúde: uma estraté**gia de gest**ão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos.** *Sa*úde e Sociedade, v. 18, supl. 1, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da forma**ção para a á**rea da sa**ú**de: ensino, gest**ã**o, aten**ção e controle so**cial. *PHYSIS: Rev. Sa*úde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

MICCAS; F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*, vol. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

RIVERA, J. U. R.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.