UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Blocos D e E.
Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - BRASIL - CEP: 20559.900
Tels.: (0-xx-21)2587-73 03/7540/7422/7572/2284-8249
FAX: (0-xx-21)2264-1142
http://www.ims.uerj.br

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS: ESTUDO DA IMPLEMENTAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESÓPOLIS EM 2006.

Josenira Célia dos Reis Alves

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profª Drª Anna Maria de Souza Monteiro Campos

Rio de Janeiro

2007

A dissertação realizada por Josenira Célia dos Reis Alves e aprovada / reprovada pela banca examinadora, foi aceita pelo Instituto de Medicina Social e homologada pelo Conselho de Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social, como requisito parcial, para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Rio de Janeiro, 09 de maio de 2007.

Banca examinadora:

_____

Profª Drª Anna Maria de Souza Monteiro Campos

Orientadora

_____

Profª Drª Jane Dutra Sayd

_____

Profº Dr. Ruben Araújo de Mattos

_____

Dr Sérgio Batista Dantas

Ao meu devotado companheiro e grande amor,

José Carlos Rocha Melgaço

Agradecimentos:

Eu não entendo a minha vida sem a participação de outras pessoas. Mas no período em que realizei esta dissertação, estive em contato com sujeitos que foram e são presentes no caminho de qualquer humano. A garantia do término deste trabalho contou com a ajuda de muitas pessoas, que nos piores e melhores momentos estiveram junto, me incentivando, me apoiando, me ensinando o interminável caminho, que nos leva a concretitude das ações e relações de saúde mais humanizadas e apropriadas a cada indivíduo e certamente a sua comunidade, dentro dos objetivos do SUS. Para todos que fizeram parte deste grupo, eu agradeço, mesmo a aqueles que não estão mencionados abaixo.

Ao meu marido, que me incentivou durante todo o curso, torcendo para que eu conseguisse realizar este trabalho de forma satisfatória e agradável. Companheiro incorrigível que compreendeu a necessidade de minha ausência.

A Marise Fagundes irmã, companheira, professora, encorajadora de um mundo melhor para todos, pelo carinho, paciência e desprendimento para auxiliar-me, construindo uma rede de sentido nas vidas das pessoas em que toca;

Á também “cuidadora” e professora de muitos, inclusive de mim, Fátima Cristina, obrigada pela força de suas palavras e pela sua superação;

À Jeane, pelo carinho e encorajamento, quando eu mais precisei. Um especial muito obrigado;

À Leila Senna, mãe de primeira e última hora, pois se digito este agradecimento, devo-o também a você;

À Norma pelas viagens agradáveis, conversas esclarecedoras sobre educação permanente, pelas reuniões do Pólo de EP da região Serrana e pela demonstração de carinho e coragem, ao defender os direitos dos indivíduos e comunidades de sua cidade. Você foi e é um exemplo de luta para melhorias sociais;

Ao meu mais novo amigo Paulo Cerdeira, companheiro, professor, problematizador, pela sensível atenção, disponibilidade e incentivo para procurar mais e melhor. Você é um exemplo de solidariedade;

À minha orientadora Anna Maria Campos, pelo respeito nos momentos de perda e reflexão, pela sensibilidade ao conduzir esta orientanda de forma tão sutil e amigável;

À minha turma, companheira e amiga: Carlos Eduardo Honorato, Mônica Macau, Norma, Leila Senna, Theresa Santos, Teresa Fortes, Fátima Schoichet (muitas saudades), Vanessa Rangel, Ângela Machado, Márcia Sales, Vera Miguelote;

Aos amigos da Escola Técnica, Gracinete, Eula, entre outros, agradeço pela força, companherismo e carinho;

Aos gestores da Escola Técnica: Diretora Geral Profª Sônia Maria Alves, Diretora Pedagógica Profª Maria Regina, Coordenadora da CCE Profª Ana Lucia Jezuíno;

À professora Jane Sayd Dutra, pela presença constante e sensível atuação na leitura da minha dissertação;

Aos professores Ruben Araújo de Mattos, Mário Francisco Giani Monteiro, Luiz Antônio de Castro Santos, Kenneth Rochel de Camargo Jr., Adriana Cavalcante, Emerson Elias Merhy, George Edward Machado Kornis, orientadores de novos caminhos, sensíveis, altruístas que marcaram minha vida profissional no sentido da transformação. Meus agradecimentos especiais;

Aos técnicos e funcionários do IMS, pela solicitude, amizade e cooperação com as situações administrativas intermináveis;

As funcionárias Fernanda, Márcia e Regina (bibliotecária), “aquele abraço”. Meus agradecimentos pela imensa dose de paciência e solidariedade, no “muro das lamentações” (biblioteca do IMS);

Aos servidores e amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, que possibilitaram a realização deste trabalho, com carinho, sensibilidade e disponibilidade as minhas constantes solicitações, entre eles: Dr. Paulo Camandaroba, Solange Cirico, Adriana Nunes, Viviane Costa, Débora, Drª Cássia Murta, Dr. José Luiz Nogueira, ...

A minha sempre amiga e competente secretária do CEPD Teresópolis, Maria da Conceição Vieira Leite, incentivadora, ouvinte de minhas dificuldades e conselheira. Meus agradecimentos especiais.

A Drª Ana Lúcia Cavalcante e sua secretária Márcia Helena Mouta Bisca, sem vocês não haveria dissertação. O carinho e paciência das duas foram decisivos em minha vida.

A população de Teresópolis, que vem expressando suas necessidades e participando das decisões políticas da saúde junto com os servidores municipais, para a implantação do SUS no Município.

RESUMO

Este estudo investigou a implementação da Política Nacional de Educação Permanente da Saúde (PNEPS) no Estado do Rio de Janeiro, durante o ano de 2006. A PNEPS, fundamentalmente, visa mudança das práticas de saúde por meio da educação permanente em serviço pela problematização do cotidiano do trabalho em saúde. No percurso da descentralização, preconizada tanto pelo Sistema Único de Saúde como pela PNEPS, o território de eleição para a investigação foi o do Município de Teresópolis, apresentado segundo os parâmetros utilizados para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano. A pesquisa se concentrou na Secretaria Municipal de Saúde e nas rodas de consenso do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. A metodologia utilizou a triangulação de dados procedentes das técnicas da observação participante, da consulta a fontes documentais pertinentes e de dez entrevistas semi-estruturadas feitas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde. O material narrativo, das entrevistas, foi transcrito e submetido à análise do discurso. O campo aportou dados inusitados para a análise da implementação da PNEPS. Tanto a prefeitura como a UNIFESO compartilham da mesma liderança política, com repercussões na gestão do Sistema Único de Saúde e na educação formal em saúde. Embora o Programa de Saúde da Família gere demandas para a PNEPS, o cruzamento e a sobrecarga das ações assistenciais com as educativas, nesta instância, mediadas pelo mesmo profissional da saúde, também preceptor da UNIFESO, trazem repercussões para ambas as iniciativas. Principalmente, obstaculizam propostas educativas para as demandas de trabalhadores e de usuários. Finalmente, no que concerne às políticas públicas, o estudo demonstrou a presença do modelo centro-periferia em escala municipal, à semelhança daquele de dimensões mundial e federal, expresso pela descentralização de ações com centralização de recursos.

Palavras-Chave: Educação Permanente, Integralidade, Políticas Públicas, Recursos Humanos, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study has investigated the implementation of the National Policy of Permanent Education in Health (Política Nacional de Educação Permanente da Saúde – PNEPS) in the State of Rio de Janeiro, during the year 2006. The PNEPS fundamentally aims to change health practices through permanent education in service, studying the problematization of the everyday work routine in the health field. In the course of decentralization, approved both by the Brazilian Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) as well as by the PNEPS, the place elected for this investigation was the City of Teresópolis, presented according to the parameters used for the calculation of the Human Development Index. The research was focused on the Municipal Department of Health and in the consensus groups of the Center of Permanent Education in Health of the Mountain Region of the State of Rio de Janeiro. The methodology used was the data triangulation precedent of the techniques of participant observation, the consultation of pertinent documents and ten semi-structured interviews conducted with the managers of the Municipal Department of Health. The interviews were transcribed and subjected to discourse analysis. The chosen field of research brought unexpected data to the analysis of the implementation of the PNEPS. Both the City Hall and UNIFESO share the same political leadership, with repercussions in the management of the SUS and in formal health education. Even though the Family Health Program (Programa de Saúde da Família) generates demands to the PNEPS, the intersection and the overburden of social welfare actions with educational actions in this instance, mediated by the same health care professional, which is also the preceptor for UNIFESO, have repercussions on both initiatives. Most of all, they hinder educational proposals necessary to meet the demands of workers and users. Finally, when it comes to public policies, this study has demonstrated the presence of the downtown-suburbs model in a municipal scale, similar to the model existent in the federal and worldwide scales, expressed by the decentralization of actions and the centralization of resources.

Key Words: Permanent Education, Integrality, Public Policies, Human Resources, Brazilian Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APREMERJ – Associação Estadual de Municípios/RJ

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAP(s) – Caixas de Aposentadorias e Pensões

Cartão SUS – Cadastramento Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CISA – Centro de Informação em Saúde

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Controle Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ETIS – Escola de Formação Técnica em Saúde Enfª Izabel dos Santos

FASE – Faculdades Associadas Sá Earp

FMP – Faculdades de Medicina de Petrópolis

FUNDAÇÃO CIDE – Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro

HIPERDIA – Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAP(s) – Institutos de Aposentadoria e Pensões

ILPES - Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOBS – Normas Operacionais Básicas

OEA – Organização dos Estados Americanos

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCCN – Programa de Combate às Carências Nutricionais

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEPS – Pólo de Educação Permanente em Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa Saúde da Família

RET–SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

SEE – Secretaria de Estado de Educação

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMS Teresópolis – Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial

SICLOM – Sistema logístico de Medicamentos de AIDS

SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar

SIL-TB – Sistema de Informação Local de Tuberculose

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em saúde

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Informação

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer da Mulher

SIS Pré-Natal – Sistema de Informações de Pré-Natal

SISREG – Sistema de Informação de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

VIGIÁGUA – Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

LISTA DE FIGURAS

p.

Figura 1: Quadrilátero de Formação. 26
Figura 2: Proposta de Mudança do Modelo Assistencial. 50
Figura 3: Mapa regional de assistência à saúde da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro. 61
Figura 4: Regiões e microrregiões de assistência à saúde. 62
Figura 5: Centrais de Regulação da Saúde nas Mesorregiões do Estado do Rio de Janeiro. 73
Figura 6: Esquema do nível hierárquico da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis. 93
Figura 7: Fluxograma do envio de projetos das microrregiões para o MS. 98

LISTA DE QUADROS

	p.
Quadro 1: Os Institutos de Aposentadoria e Pensões.	36
Quadro 2: Participação do Ministério da Saúde no orçamento da União.	40
Quadro 3: Paradigmas e modelos técnico-assistenciais das saúde brasileira.	47
Quadro 4: População estimada para os Municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro, para os anos de 2004 e 2006.	63
Quadro 5: Populações Urbana e Rural do Município de Teresópolis entre as décadas de 1970 a 2000.	64
Quadro 6: Produto Interno Bruto (PIB) Municipal, PIB per Capita e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Região Serrana do RJ.	66
Quadro 7: Unidades produtivas sediadas no Município de Teresópolis no Ano de 2004.	67
Quadro 8: População estimada atendida nas Unidades Básicas de Saúde no ano de 2005.	69
Quadro 9: Número de óbitos por causa definida na Região Serrana em 2005.	70
Quadro 10: Unidades de Saúde da Região Serrana, que possuem leitos públicos ou privados credenciados ao SUS.	76
Quadro 11: Número de Unidades de PSF no Município de Teresópolis em 2005.	77
Quadro 12: Categorias profissionais e Número de profissionais existentes no Programa Saúde da família em 2005.	78
Quadro 13: Número de escolas públicas e privadas no Município de Teresópolis.	82
Quadro 14: Demonstrativo da taxa de analfabetismo da Região Serrana em 2005.	83
Quadro 15: Demonstrativo dos projetos enviados pelos PEP(s).	91
Quadro 16: Formação acadêmica de todos os gestores da SMS de Teresópolis.	92
Quadro 17: Formação acadêmica dos gestores que responderam a entrevista sobre a implementação do PNEPS no Município de Teresópolis.	108

LISTA DE ANEXOS

p.

Anexo 1: Microrregiões de Assistência à Saúde. 142
Anexo 2: Roteiro de Entrevista Semi-estruturada. 147
Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido. 148
Anexo 4: As principais Atas das Reuniões do Pólo de Educação Permanente da Região Serrana. 149

SUMÁRIO xiv

	p.
INTRODUÇÃO	23
A Educação Continuada e a Educação Permanente	27
História da Educação Permanente no SUS	31
CAPÍTULO 1 – Educação em saúde no Município de Teresópolis	58
1.1 – Da geografia	60
1.2 – Da demografia	63
1.3 – Da nosografia	68
1.4 – Da rede assistencial do SUS no Município de Teresópolis	71
1.5 – Da rede de formação profissional em saúde	78
CAPÍTULO 2 – A Política Nacional de Educação Permanente no SUS do Município de Teresópolis	84
2.1 – Histórico	84
2.2 – O perfil acadêmico dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis	91
2.3 – A Capacitação dos gestores da Política Nacional de Educação no SUS	94
2.4 – A Política de recursos humanos	95
2.5 – A crise na implementação da Política Nacional de Educação no SUS	96
2.6 – O Objetivo geral e os objetivos específicos do estudo	99
CAPÍTULO 3 - Metodologia	100
3.1 – A Fase exploratória: a reentrada no campo	100
3.2 – A Fase de coleta de dados	102
3.2.1 – A observação participante	103
3.2.2 – A pesquisa documental	104
3.2.3 – As entrevistas	104
CAPÍTULO 4 – Análise e Discussão dos Resultados	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclusão e Recomendações	128
BIBLIOGRAFIA	134
ANEXOS	142

APRESENTAÇÃO

Este estudo investiga a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Município de Teresópolis, durante o ano de 2006. A PNEPS propõe um desafio aos profissionais da saúde e àqueles que acreditam em mudanças sociais, políticas e econômicas em prol de uma sociedade brasileira mais equânime. Ainda que a saúde pública esteja submetida a um processo de afirmação do modelo técnico-assistencial, é preciso enfrentar o secular descaso para com a saúde das pessoas; principalmente para com a das populações mais carentes do Brasil (Merhy: 1999; Campos, 1999).

Confirma-se também, neste início de século 21, a tendência global de transformação acelerada, conturbada, decorrente de mudanças nas estruturas macroeconômicas (Cordeiro: 1985; Mendes: 1991). De fato, atualmente, as instituições governamentais não atendem às exigências básicas da sociedade brasileira: de habitação, de alimentação, de saneamento básico, de trabalho, de saúde, de educação, de segurança e de outras necessidades (Mendes: 1991).

Apesar das diferenças geográficas, econômicas, políticas e culturais “os Estados latino-americanos, federais ou unitários, caracterizam-se por haver consolidado, em seu desenvolvimento, um alto grau de centralização político-administrativa e territorial” (Teixeira,1992, p.27). No que concerne ao sistema de saúde pública brasileira ocorre centralização dos recursos, paralelamente à descentralização das ações em saúde pública (Madel Luz, 1988; Cordeiro 1991; Mendes,1994).

Ademais, em se “(...) tratando especificamente do setor saúde, o Banco Mundial diagnostica os problemas mais comuns: gastos insuficientes, ineficiência de programas públicos e dificuldade de acesso por parte dos pobres (...)” (Teixeira, 1992:28). Configura-se então, uma reorientação mundial das ações de saúde, por questões econômicas, geopolíticas e sociais. Os discursos oficiais traduzem, então, a tendência global de reduzir as desigualdades sociais que tanto incomodam os mandatários econômicos.

O processo de reorganização da produção de serviços e ações em saúde justifica resultados saudáveis para os indivíduos e suas comunidades. É no saber entender, escutar, argumentar, enfrentar os conflitos e situações da falta de acesso à escola e aos serviços de saúde, assim como da escassez de trabalho e de informações que se baseia a PNESP (Ceccim, 2003; Merhy, 2006; Campos,2000).

A PNEPS explicita que é no trabalho que acontece a aprendizagem, “onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho” (Brasil b, 2003). O controle social, a formação (o ensino), a gestão setorial e as práticas de atenção à saúde formam o quadrilátero de ancoragem da PNEPS (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Assim, as minhas preocupações com a reestruturação das práticas de saúde começaram com meu ingresso no Pólo de EPS da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Após quinze anos de trabalho como Enfermeira do Trabalho em Estatal, em Multinacional e em empresa Privada Nacional, tracei uma outra perspectiva profissional ao ingressar no serviço público estadual de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Em 2001, tornei-me funcionária pública Estadual da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfermeira Izabel dos Santos” (ETIS), situada no bairro de Botafogo, no Município do Rio de Janeiro. Na ocasião, deparei-me com uma Escola diferente, que não exercia a educação habitual – normatizada e centralizada pela política econômica -, destarte observante e identificadora do trabalho como princípio educativo (Brasil 5, 2000:62). A instituição vinculava-se, intimamente, às demandas da saúde e do mercado.

A ETIS pertence à rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), criada pela portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, com a finalidade de compartilhar saberes e fortalecer a formação dos trabalhadores de nível médio da saúde. Utilizava a problematização como proposta pedagógica, sendo as situações cotidianas as desencadeadoras do processo de aprendizado. O método aplicado era o do educador Paulo Freire: o que visa a “produção” de sujeitos críticos do sistema de saúde e da vida social, assim como de si mesmos, almejando a sobrevivência (pelo trabalho) com consciência.

A partir do meu dia-a-dia na ETIS, vivenciando a educação e saúde para adultos, num contexto participativo, tive a possibilidade de visualizar e compreender os impasses do modelo assistencial em saúde pública.

Em abril de 2003, mudei–me para o Município de Teresópolis com missão de participar do Pólo de EPS, da região, como representante da ETIS no Estado do Rio de Janeiro. Como nova integrante deste Polo, enfrentei o desafio de entender o que já havia sido pactuado pela ETIS e qual seria o seu lugar na arena política.

A primeira reunião que participei foi no Município de Nova Friburgo, também componente da região serrana, contou com a participação de representantes dos dezesseis Municípios; inclusive com a presença de cinco secretários municipais de saúde (Friburgo, Petrópolis, Cachoeira de Macacu, Teresópolis e Santa Maria Madalena).

Contudo, participar e discutir a PNEPS, em nível local, não foi o suficiente. Realmente, para entender as mudanças que ocorriam no SUS foram necessários outros investimentos: um curso de especialização em Saúde da Família, e outro em Educação Profissional, na área da Enfermagem - ambos promovidos pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Em visita ao IMS, convidada pelo então Diretor Profº Dr. Rubem Mattos, professor do curso de Saúde da Família, surgiu a possibilidade de estudar

Em atenção a este objetivo, a dissertação foi estruturada em quatro capítulos precedidos por uma Introdução que discute a Educação como processo. Também faz uma diferenciação conceitual entre Educação Continuada e Educação Permanente, além de discorrer sobre a história da Educação Permanente no SUS.

O Capítulo 1 faz um recorte abrangente da Educação e da Saúde pública no Município de Teresópolis, abordando os seguintes aspectos: geográficos, demográficos, nosográficos, relativos à rede assistencial do SUS e também àqueles da rede de formação profissional em saúde.

O Capítulo 2 trata, especificamente, da história da PNEPS no Município de Teresópolis e dos gestores da SMS, no que concerne aos seus perfis acadêmicos e dos investimentos em suas capacitações para a implementação da PNEPS naquele município. A abordagem da questão dos recursos financeiros, e, principalmente, da crise atual da implementação da PNEPS, desenham o núcleo de estruturação tanto do objetivo geral como dos objetivos específicos da investigação.

O Capítulo 3 descreve a metodologia do estudo utilizada para atingir os objetivo geral e os específicos. Discute a preparação do trabalho investigativo no Município, a entrada no campo de estudo e os instrumentos utilizados para a coleta de dados: a observação participante; a consulta de documentos sobre a PNEPS, do Ministério da Saúde, da SES / RJ e as atas de reuniões do Pólo Serrano de Educação Permanente; e as entrevistas semi-estruturadas. Foram entrevistados 10 gestores, do nível central, perfazendo aproximadamente 59% do total de gestores da Secretaria Municipal de Teresópolis. Também demonstra a participação dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde com instituições de

ensino superior e médio, assim como as suas respectivas formações acadêmicas.

O Capítulo 4 apresenta os resultados das entrevistas dos gestores sobre a implementação da PNEPS no Município de Teresópolis e o posicionamento de alguns autores sobre as práticas de saúde, a organização de serviços e a educação permanente no cotidiano dos profissionais de saúde e alunos, de nível superior e médio, no PSF e nas unidades básicas. As práticas discursivas dos gestores foram organizadas a partir dos núcleos de sentidos identificados pela análise do discurso. Aos principais temas identificados foram aduzidos posicionamentos convergentes de especialistas da área de Política, Planejamento e Administração em saúde.

Finalmente, nas Considerações Finais os temas de maior importância são retomados para a tessitura das Conclusões e a proposta de Recomendações.

INTRODUÇÃO:

A educação sempre acompanhou o desenvolvimento da humanidade desde os primórdios da cultura, na manutenção das estruturas familiares e das crenças e valores. Em jogo estava a sobrevivência do individuo e da coletividade, principalmente a história da civilização.

A educação constrói o momento em que vivemos. Toda manutenção de um sistema social, seja ele qual for, necessitará de representações. As estruturas "educativas" são formadas com esta finalidade – são instituições socializadoras. Araújo (2007, p.30) quando discute a obra de Foucault, apresenta ao leitor os agentes desse poder:

> "Os agentes desse poder podem ser os pais, os médicos, os professores, os psicólogos. A burguesia não se interessa pela exclusão, mas precisa, e muito, dos mecanismos de exclusão, de vigilância, de punição, de treinamento. As escolas, as prisões, os hospitais, as fábricas são colonizados e sustentados pelo Estado, porquê têm uma utilidade, porque permitem ganho".

"Do mesmo modo que o sacerdote, o educador caminha atrás dos passos do general. A educação do conquistador invade, vida e a cultura dos conquistados. Observa-se que as estratégias de dominação são as mesmas" (Alves, 2003).

As instituições de saúde não se distanciam dos domínios educacionais. O sistema coapta os futuros profissionais e os adestra para a manutenção do *status quo*, do poder institucionalizado nas diversas corporações da área da saúde.

Até então os profissionais são formados por pessoas copiadoras do sistema, que transmitem concepções políticas e estratégias sociais, na busca de uma colocação no mercado de trabalho.

A negação dos problemas sociais e suas razões são a lógica da educação tradicional. Freire (2004, 167) diz “que numa prática educacional conservadora competente se busca, ao ensinar os conteúdos ocultar a razão de problemas sociais, numa prática educativa progressista se procura, ao ensinar os conteúdos, desocultar a razão de ser daqueles problemas”.

Ensinar é muito mais que um pacote de informações, que as pessoas precisam decorar para ser avaliadas e obter notas compatíveis com a mensuração positiva do Sistema de Ensino.

Os trabalhadores da saúde consideram que os usuários necessitam de nosso auxílio, para entender a sua própria “doença”. Mas cada sociedade tem uma forma de resolver suas mazelas. Esse modo prescritivo de fazer saúde não respeita os saberes e culturas. Esse proceder é um exemplo da reprodução de ideologias e práticas que precisam ser debatidos no âmbito da própria educação formal na área da saúde.

A educação tradicional está estruturada na reprodução dos modelos ideológicos que as sustentam: os problemas de saúde são biológicos, são órgãos doentes; não são indivíduos em sociedade. O enfoque da educação também segue o padrão reducionista da biomedicina.

Luckesi (1997) explica que “A interpretação da educação como reprodutora da sociedade implica entendê-la como elemento da própria sociedade, determinada pelos seus condicionantes econômicos sociais e políticos” (p. 85).

É na perspectiva de produção de sentidos do quotidiano que se afirma a Educação Permanente. Portanto, instrumentalizar os trabalhadores da saúde para gerir e organizar sua própria atuação no cotidiano é o pressuposto fundamental da PNEPS.

Não obstante, adentrando a conversa na questão da gestão colegiada tenho que apontar para aquele quem os trabalhadores da saúde destina suas práticas. Segundo Ayres (2001) "existem dois tópicos desse sujeito hegelianos", que precisam ser explorados:

- a identidade desse usuário, para quem os trabalhadores da saúde demandam suas práticas: "...ser autêntico", com necessidades e "valores próprios". Ciente de sua "origem" e de sua "situação particular";e
- a ação transformadora que o mesmo é capaz de realizar. É onde observamos o sujeito produtor de sua própria história e responsável pela ação de torna-se um sujeito, "de sua própria saúde".

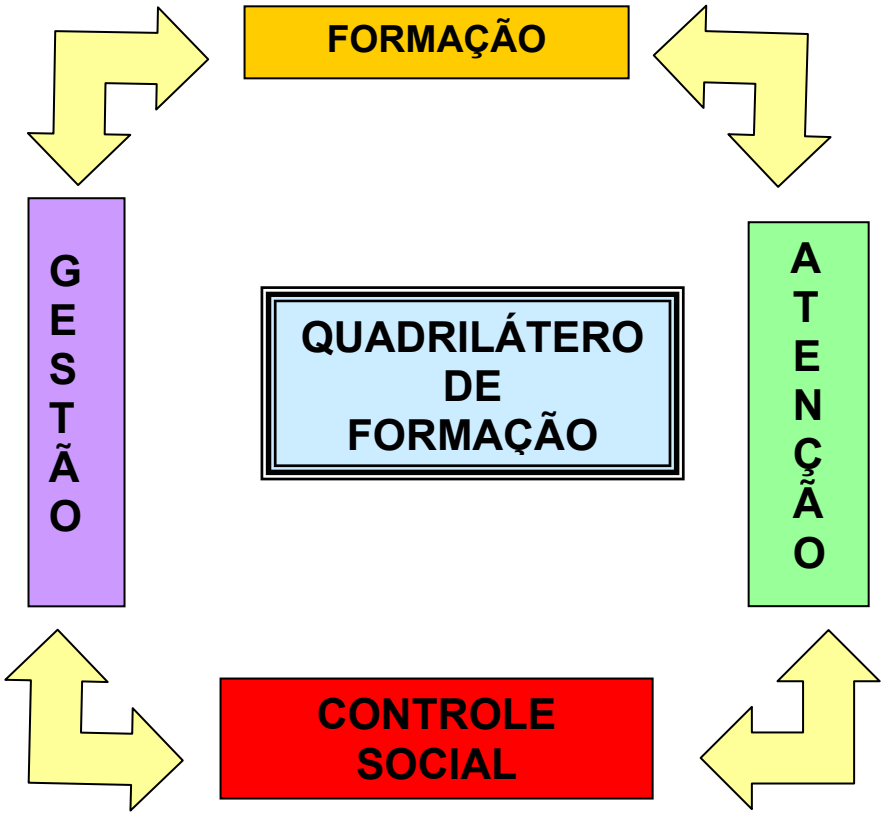
Embora existam inúmeras definições e conceitos de sujeito, neste estudo, sujeito será visto como aquele indivíduo que tem a potencialidade para ser reflexivo e crítico frente às práticas de saúde, agente de seu destino e responsável pela sua saúde em seu respectivo contexto sócio-cultural.

O modelo de gestão colegiada, mecanismo democrático onde todos os participantes institucionais lutam pela eqüidade, contribui para a reorganização das ações éticas-políticas, divulgação e apoio à ação do controle social. Induz a reflexão crítica sobre as práticas de saúde, sugerindo transformações. Para viabilizar tal transformação é necessário referenciar a Educação Permanente à

aprendizagem significativa. nas mesmas, e estimula a mudança de atitudes dos atores sociais que vivenciam os espaços da micropolítica[7].

A representação de um "quadrilátero de formação" formado pela gestão, formação, práticas de saúde e controle social são os fatores que implicam a inclusão nesse processo de pressupostos pedagógicos significativos. os profissionais da saúde e os usuários a pensarem e construírem novos sentidos em cima de antigos conceitos (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Figura 1: Quadrilátero de Formação.



Fonte: Figura elaborada por esta autora, baseada no Quadrilátero de Formação: Ceccim e Feuerwerker.

[7]Micropolítica neste estudo será compreendida como habilidade relacional entre sujeitos que buscam trabalhar por um mesmo objetivo, em espaços onde existe a ação do "trabalho vivo"- aquele que se produz diante da necessidade e altruísmo (Merhy, 1997).

A Educação Continuada e Educação Permanente

O tema da continuidade e da permanência atribuídas à educação é alvo de conflitos conceituais no campo do trabalho na área da Saúde, diferentemente do que se observa na área da Educação. Provavelmente, o desconhecimento da EP na saúde decorre da hegemonia dos sabres técnico-científicos que fundamentam a Biomedicina.

A educação é um processo socializador que apresenta uma dupla função: homogeinizadora e outra diferenciadora. Nesse sentido, o ato profissional em saúde exige que os trabalhadores se coloquem em harmonia com as tarefas prescritas pela Biomedicina. Todavia, segundo Dürkeim (1978, p.35)

> Tal especialização não exclui, sem dúvida, certo fundo comum, e, por conseguinte, certo balanço de funções tanto orgânicas como psíquicas sem o qual a saúde do indivíduo seria comprometida, comprometendo, ao mesmo tempo, a coesão social."

Desse modo, a palavra "continuidade" imprime um sentido seqüencial ao ato de aprender e ensinar, que se faz monitorado por facilitadores envolvidos com "transmissão" de saberes formais. Por outro lado, o termo permanente indica um aprendizado informal que se faz no ato de andar a vida. Todos somos, simultaneamente, preceptores e aprendizes, face às problematizações que a existência se nos impõem.

A EP na saúde utiliza como estratégia metodológica os temas decorrentes da problematização do trabalho em saúde. O Documento do MS para a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (2004, p. 10) é claro quanto à diferenciação entre Continuada e Permanente:

> "(...) A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e no seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (...) As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. 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 aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas".

O conceito de educação permanente advém do ideário freiriano. Ela constitui-se como processo inacabado, como o ser humano, inserida no curso da história. A perspectiva que a PNEPS apresenta é a mesma do processo do trabalho em constante mudança. O conhecimento apresenta um devir constituinte de novos conceitos e, conseqüentemente, outras práticas. Assim,

> "Na Educação Permanente, parte-se dos pressupostos da inesgotabilidade e transitoriedade do saber e do dinamismo e mutabilidade dos seres e dos grupos humanos, num constante devenir (vir a ser). Isso implica uma concepção da ação educativa como espaço ilimitado em que estímulos coexistem e se sucedem" (Villa Boas: 1998, p.18).

Revisitando os conceitos de EP na área da saúde, tem-se que definir Educação Continuada (EC) e caracterizar suas diferenças. A EC é pontual e

utiliza os moldes da educação tradicional. Apenas transmite informações e não reage no ambiente de trabalho de forma dinâmica frente aos problemas contextuais.

Na maioria dos atos diários, as pessoas não pensam, desde sempre, reflexamente, fazem o que se lhes foi imposto. Debort (2006, p.45) relata que a "pseudonecessidade imposta pelo consumo moderno não pode ser contratado a nenhuma necessidade ou desejo autêntico que não seja, ele mesmo, produzido pela sociedade e sua história". Na verdade o social é construído e mantido, a despeito dos desejos reais. Provoca-se uma falsa visão e vivência de independência social, associadas a um bloqueio da ascendência espontânea no histórico pessoal, pelo "desenvolvimento orgânico das necessidades sociais".

A EC é considerada e utilizada por alguns autores como uma metodologia que apenas faz reciclagem profissional, referente ao atuante modelo de saúde. Essa prática de educar continuamente com táticas formais, atende a grupos corporativos da saúde. A complexidade dos problemas de saúde exige mais que profissionais educados para cumprir normas e técnicas no quotidiano da assistência à saúde. Outrossim, necessita-se de profissionais formados com amplitude de saberes que possam contemplar a integralidade dos serviços assistenciais.

Ribeiro (1996, p. 28) contextualiza a EC informando que essa educação foi:

> "Abordada no interior do temário "preparação de Recursos Humanos", a importância da educação continuada é expressa pela I Conferência de Recursos Humanos (1986, p.164), quando asuume um conceito e tenta definir modelos e metodologia para estes processos. Sendo assim conceitua educação continuada como "processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários" (...) "deve ser um instrumento de reforço a

> ação articulada e hierarquizada e interinstitucional, podendo a médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária".

Portanto, a EC complementa a EP em sua estrutura metodológica. As evoluções técnicas precisam ser incorporadas aos saberes dos profissionais de saúde, para possibilitar uma assistência que dê conforto a vida dos indivíduos e coletividades. A forma como esses conhecimentos técnicos irão ser introduzidos nas relações entre trabalhadores, nos espaços da saúde, é o nó problematizador.

A EP sugere uma abordagem menos prescritiva. Assim, os conhecimentos presentes no exercício das práticas de saúde são comungados por todos que dela participam. Ribeiro (1996, p.34) relata que:

> "(...) O termo permanente, largamente difundido pela OPAS, teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino / aprendizagem".

Incluir a EP nas atividades diárias das práticas e ações de saúde concede ao executor do método, atitude crítica as normatizações das políticas e sua implementação como estratégia repensada para o nível microregional, minimizando o efeito do centro – periferia nos espaços microplíticos, Dessa forma Nunes (1993, p.47) apud Ribeiro (1996, p. 35),

> "ao referir-se à proposta sistematizada e difundida pela OPAS, afirma que 'as recentes propostas de educação permanente incorporam as discussões de políticas e estratégias do setor, aproximando-se do nível local, o que lhe confere maior capacidade de disseminação do seu discurso pela definição de um conteúdo próprio, e maior poder de intervenção na realidade'".

A compreensão sobre EC e EP fornece aos profissionais, um consistente instrumento pedagógico que pode auxiliá-los nos enfrentamentos de questões relacionais e técnicas no campo da saúde em prol da integralidade das ações.

Histórico da Educação Permanente no SUS:

A construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), vem atender aos propósitos da Constituição de 1988 - art. 200, que tem como uma de suas competências "ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde", para a institucionalização do art. 198 da mesma Constituição que prevê a descentralização da gestão, o atendimento integral e a participação social.

Para tal o Ministério da Saúde vem construindo estratégias, com a finalidade de atender as demandas constitucionais de formação e desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, entre elas à de Educação Permanente (EP).

Assim, foi criada a Portaria nº 198 / GM em 13 de fevereiro de 2004, que "institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com estratégia do Sistema único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor".

Tomando como referência as Leis Orgânicas da Saúde (Leis: 8080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 / 1990), onde a orientação das ações de saúde se baseia nas características sócio-econômicas, epidemiológicas, demográficas, culturais e políticas de cada região, a PNEPS se estrutura também através de fóruns locorregionais, para discussão de suas necessidades de saúde.

A efetivação da PNEPS é realizada através de um Colegiado de Gestão, representado por “Pólos de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS) ou roda de gestão”.

As principais funções da PNEPS são: identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; mobilizar a formação de gestores de sistemas; articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde, entre outras.

A intenção desta política (PNEPS) é implicar-se com “os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo na rede do SUS” (Brasil, 2004).

Para entender a dimensão da PNEPS, é necessário saber quem ou quais instituições compõem os Pólos de EPS: os gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área da saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

A PNEPS propõe a criação de Pólos de Educação Permanente. Em atenção à PNEPS, o Estado do Rio de Janeiro foi dividido em oito pólos, que se constituem por afinidades entre os gestores de saúde, por necessidades e características semelhantes na área da saúde e por características geográficas e políticas.

Considerando as intempéries políticas, que ora constrói entes sociais e avança nos cuidados e práticas de saúde e ora recua na solução das questões

de saúde, o Brasil vem organizando o Sistema Nacional de Saúde de forma a torná-lo corpo e “agenda” das ações sociais, pelos trabalhadores da saúde, pelos gestores municipais (principalmente) e pelos usuários. Porém, a construção do SUS encontra reverberação dos grupos de saúde, em grande parte privados, firmados com a expropriação dos direitos sociais e a incorporação no âmbito público das leis de mercado. As gestões autoritárias e manipuladoras, logram a participação social e imobilizam as práticas de saúde.

Portanto, a PNEPS é um processo que aceita e permite o enfrentamento de situações de saúde, que propõe maior autonomia dos profissionais, dos usuários e gestores, nas resoluções desse setor. Observa-se o respeito às necessidades de formação de profissionais da saúde (tanto de nível médio como superior) que atenda as demandas de cada região.

Essa proposta política visa diminuir os sofrimentos individuais e coletivos organizando o trabalho de saúde de forma a permitir a participação de todos os envolvidos (indivíduos, coletividade, trabalhadores da saúde e gestores), nas soluções de seus conflitos.

Nesse caso, a construção do conhecimento indica o abandono de formas de ver a saúde como um negócio ou produto e percebê-la como um encontro de oportunidades humanas. Entende-se que reciclar conhecimentos ou remodelá-los como exposto na PNEPS, não é tarefa rápida e nem fácil. É necessário conhecimento da política normatizada e respaldo de quem trabalha na área da saúde.

> “(...) No entanto, não há outra saída para aqueles que apostam no progresso social e duvidam da eficácia absoluta do mercado como instrumento de regulação econômica e social. Os tímidos, os que recearem caminhar por sendas desconhecidas e arriscadas serão ultrapassados pela crueza dos fatos, serão

> esmagados pela força dos que se beneficiam com a miséria e a exploração da maioria. Quem ousar verá. Quem não o fizer também". (Campos, 1992:41, in Conferência Nacional de Saúde, 9).

O desenvolvimento da saúde no Brasil vem apontando para a obtenção de dois caminhos: o primeiro é direcionado para a satisfação do complexo produtivo brasileiro e o segundo para o atendimento das necessidades de saúde da população excluída do sistema produtivo e social. Dessa forma, vários caminhos foram percorridos desde a descoberta do Brasil.

A primeira alusão oficial à organização da saúde foi a da implantação da primeira faculdade de medicina, em Salvador – Bahia, após a chegada em 1808 da família real portuguesa ao Brasil.

Baptista (2005, p. 25) relata que

> "(...) o interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional esteve estritamente relacionado ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza...".

Assim constitui-se a primeira organização da saúde no Brasil colonial, regulada e copiada das práticas médicas Européias. A motivação para a criação de um setor saúde institucionalizado foi a da aquisição de lucros obtidos com trabalhadores hígidos. A economia brasileira baseava-se, prioritariamente, na agricultura e exploração de minerais de alto valor de mercado, exigindo mão de obra saudável e produtiva.

No período denominado "República Velha" (1889 – 1930), houve incrementos científicos para instituir as ações de saúde pública, copiadas da Europa, contra as epidemias que infectavam os trabalhadores das grandes

culturas cafeeiras, predominante na época, pois as condições de moradia e de trabalho eram insalubres. Mesmo com o cunho autoritário das primeiras ações em saúde pública (1902 – 1920), na chamada era “Oswaldo Cruz”, houve a perpetuação de práticas, ainda utilizadas, como a notificação compulsória de das doenças infecto-contagiosas e as campanhas de vacinação.

Em 1920 inicia-se no Brasil o modelo de assistência médico previdenciário. Com a Lei Elói Chaves em 1923, surge a Previdência Social no Brasil (Mendes,1994). Silva Junior (2006) Basicamente, esse modelo surgiu para atender, às necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais (Silva Junior,2006). Os trabalhadores ligados às áreas de exportação e importação de produtos nos portos e o transporte aos destinos, longe das capitais portuárias, tinham as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas eram constituídas e financiadas pelas empresas e seus trabalhadores, atendendo a economia agroexportadora (Baptista, 2005).

Com isso, apenas alguns grupos de trabalhadores eram contemplados. As demais categorias profissionais e o restante da população brasileira eram deixados às benesses de instituições filantrópicas e de médicos que quisessem ajudá-los.

> “(...) Por essa razão, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação”. (Mendes, 1994, p. 20).

No período do primeiro governo de Getúlio Vargas (1930) começa a implantação de políticas sociais para os trabalhadores urbanos e rurais e o número de CAPs era de 47, cobrindo aproximadamente 143.000 trabalhadores,

conforme mostrado no Quadro 1 da página seguinte.

Desse modo,

> "(...) políticas de proteção ao trabalhador, garantindo com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos. É nesta fase que são criados os Institutos de Aposentarias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das CAPs, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro". (Baptista, 2005, p.28).

Quadro 1: Os Institutos de Aposentadoria e Pensões.

Categoria Profissional	**Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs)**	**Ano de criação**
Marítimos	IAPM	1933
Comerciários	IAPC	1934
Bancários	IAPB	1934
Industriários	IAPI	1936
Servidores do Estado	IPASE	1938
Trabalhadores em Transportes e Cargas	IAPETEC	1938

FONTE: Mendes, 1994. Construído pela autora baseado nas informações do autor sobre O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.

Sendo a cidade do Rio de Janeiro capital do Brasil, além de porta de entrada e saída de produtos para a exportação, contribuiu para a centralização de um conjunto de instituições de assistência à saúde e de ensino médico. Os

trabalhadores necessitavam de higidez para o desenvolvimento econômico. Por volta de 1940, ocorreu a criação de uma rede hospitalar vinculada ao atendimento dos trabalhadores dos IAPs.

Após a segunda guerra mundial, esses nosocômios disseminavam as mais novas tecnologias na área da saúde, procedentes dos Estados Unidos da América, após a segunda grande guerra. Como decorrência, observa-se a influência do *Welfare State* [8] (Bem-Estar Social), criado e disseminado pelas nações européias e nos Estados Unidos, para alavancar o desenvolvimento social, sem prejudicar os lucros da produção. O Brasil não implantou o *welfare state.*

Durante o período dos governos militares (1964-1984), houve poucos investimentos no desenvolvimento das políticas públicas sociais. Mas a contrapartida foi a crescente hegemonia do modelo médico assistencial, que ganhou força com a formação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, oriundo da junção dos IAPs. Configurado a criação do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS) faz-se necessário, em 1972, a "integração e o intercâmbio dos serviços de assistência médica do INPS, do IPASE, do FUNRURAL e do SASSE," (...) entre outros, corroborando para a 'política de convênios' e visando implementar a racionalidade e a descentralização no planejamento da assistência médica previdenciária " Cordeiro (1984, p.76).

Segundo Mendes (1994, p.22) "a criação do INPS constitui um fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista".

[8] Welfare State (Estado do Bem Estar Social)

Nessa nova proposta de assistência à saúde, contemplando outras categorias de trabalhadores, aumentou a demanda dos hospitais do INPS. Portanto, a partir desse período (início da década de 1970) o Estado brasileiro iniciou a compra de serviços na rede privada de saúde, caracterizando a formação do complexo médico-empresarial (Cordeiro,1984). Ainda assim, parte da população brasileira ficou à margem da assistência à saúde oferecida pelo INPS; restrita às pessoas portadoras da carteira de trabalho e contribuintes do Instituto.

No final da década de 1970, houve a "unificação e a centralização" do sistema previdenciário. Nesse mesmo período as ações médicas foram descentralizadas do sistema de saúde estatal e da previdência visando consolidar consolidando "os dispositivos normativos do convênio-empresa, gerando novas bases de sustentação e legitimação para o desenvolvimento das empresas médicas de pré-pagamento". (Cordeiro, 1984, p.86).

Com a reestruturação do Ministério da Previdência e da Assistência Social, em 1974 já desvinculado do Ministério do Trabalho, os hospitais e ambulatórios ficaram sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Silva Junior, 2006).

Nesse mesmo ano (1974) constitui-se o planejamento de saúde como prática institucional, particularmente ao nível do Ministério da Saúde (Paim, 2002) Com a decrepitude do sistema econômico e social do país o governo militar lança o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que orientava para a construção de "estratégias de desenvolvimento social" (Baptista, 2005).

Assim, segundo Cordeiro (1984, p. 19),

“O governo Giesel enfrentou a nova situação econômico-social com a elaboração e a divulgação do II PND, que enfatizava a “valorização dos recursos humanos” e apontava para a necessidade de uma política redistributiva intensiva, inclusive a partir das políticas sociais”.

O pacote do II PND também marcou o início do processo de abertura política, facilitadora da formação de movimentos sociais no resgate da cidadania brasileira. Contudo, algumas políticas “verticalizadas” do Ministério da Saúde foram implementadas como parte de um plano desenvolvimentista. Segundo Baptista (2005, p.24,25) e Paim (2002, p. 33,34) foram criados:

- o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974;
- o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS que consistia em ações dos Ministérios da área social), em 1974;
- o Plano de Pronta Ação (PPA), em1974.
- a construção do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975;
- o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976;
- o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977;
- o Programa Nacional de Imunizações (PNI); e
- o Programa Nacional de alimentação e Nutrição (PRONAN), entre outros.

Observou-se que a maior parte dos recursos destinados à área da saúde, foi absorvida pelas instituições privadas. A situação do período apresenta

"(...) o aumento gradativo dos convênios com o setor privado significou o 'desinvestimento' progressivo na criação dos serviços públicos, e as medicinas de grupo surgiram também como mais uma opção de atenção à população" (Cordeiro, 1984, p. 29).

O Quadro 2, apresentado na página seguinte, sintetiza os dados da participação do Ministério da Saúde no orçamento da união de 1961 a 1980, com seus respectivos valores percentuais.

Quadro 2 - Participação do Ministério da Saúde no orçamento da união.

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DA UNIÃO (1961 – 1980)			
Ano	% do orçamento para o MS	Ano	% do orçamento para o MS
1961	4,57	1971	1,41
1962	4,31	1972	1,19
1963	4,10	1973	1,03
1964	3,65	1974	0,94
1965	2,99	1975	1,13
1966	4,21	1976	1,58
1967	3,44	1977	1,80
1968	2,21	1978	1,81
1969	2,58	1979	1,82
1970	1,11	1980	1,38

Fonte: Bertolli Filho, 2006.

A VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1980, orientou a construção do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), cujos objetivos serviram de base para a formulação dos princípios

básicos do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos do PREV-SAÚDE foram:

- a cobertura nacional das ações básicas de saúde, aplicando programas segundo as necessidades das regiões, hierarquizando-as;
- promovendo a participação dos usuários;
- integralizando essas ações de saúde, orientando a utilização de técnicas simples;
- favorecendo o trabalho de pessoal auxiliar; e
- incluindo o setor privado, nestas ações de saúde.

Essa incumbência foi orientada pela Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), criada "com o objetivo de coordenar as ações de diferentes ministérios" (Mendes, 1994, p.34). Segundo o mesmo autor, o PREV-SAÚDE, tinha como "objeto a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e as do setor privado (...)".

Esse projeto foi apoiado pela Organização Pan – Americana de Saúde. Após algumas reedições, o PREV-SAÚDE "havia soçobrado ainda na fase de projeto,(...). As ações de integração MPAS / MS, que continuavam a ocorrer, eram viabilizadas via CIPLAN e tinha caráter pontual" (Kuitko, 2003, p.54).

Em 1981, após o soterramento do PREV-SAÚDE, a Previdência evidencia assume a crise previdenciária e cria o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por Decreto Presidencial nº 86.329 de 2 de fevereiro de 1981. Na ocasião, a proposição de criação do CONASP era a de

“(...) reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação dos recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência hospitalar” (Cordeiro,1991, p. 30,31).

Desse modo, passam a fazer parte do Conselho, em cargos mais expressivos, intelectuais do movimento sanitário brasileiro, viabilizando um processo contra hegemônico na instituição previdenciária brasileira.

O Estado brasileiro se re-estrutura no enfrentamento da crise econômica, alterando, sobremaneira, o cenário político nacional. A princípio, houve eleições para governadores e muitos oposicionistas oriundos do movimento sanitário brasileiro adquirem poder político e técnico. Em 1983, o mesmo movimento ocorre em nível municipal.

Ainda sob a égide da CONASP, a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) caracterizou-se “como um programa de atenção médica que se justapunha àqueles tantos outros que as Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente, vinham executando na área de saúde pública” (Mendes, 1985, p.34). Ou seja, uma proposta originalmente racionalizadora, mas com espaços democráticos de reserva (Paim, 2002, p.66).

O segundo período das AIS, de 1986 a 1987, quando do início da construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) –com características mais sociais e políticas- , regido pelo movimento sanitário brasileiro, a princípio redirecionava recursos e atribuições do INAMPS para os Estados e Municípios. O SUDS foi idealizado e constituído pelos então Ministros da Saúde, da Previdência Social e da Educação. Outro objetivo, articulado para o SUDS, foi o de “contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde (AIS)”. (Cordeiro, 199, p.97).

Nesse período, acelera-se o processo de descentralização do aparelho Federal (INAMPS) e a reorganização do próprio Ministério da Saúde (MS), que se caracterizaria como o setor normativo das ações de saúde, e também o responsável pelas formulações das políticas de saúde.

O SUDS, embora tenha sido constituído como estratégia – ponte[9], possibilitou a implantação do SUS e viabilizou algumas ações importantes para o processo de descentralização, pois segundo Mendes (1994, p.44)

> "(...) a aceleração da desestabilização programática do INAMPS em que se reconhecia a instituição sustentadora do modelo médico – assistencial - privatista; a retirada gradual do INAMPS da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados a estados e municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; (...)".

A despeito de todo amparo ideológico e às vezes político o SUDS não conseguiu estruturar por completo o sistema público de assistência, tampouco universalizá-lo. Entrementes, com a implantação do SUDS, acontecia, entre 1987 e 88, a construção da Constituição Federal. Por isso, o SUDS, quase insulado ou soçobrado, conseguiu manter-se até a vigência de implantação do SUS, porque incorporava ao seu conjunto técnico o ideário da reforma sanitária brasileira.

O INAMPS ao ser absorvido pelo Ministério da Saúde cooptou para seus quadros técnicos um significativo montante de intelectuais advindos de diversas ideologias e "culturas institucionais". Provavelmente, esse hibridismo dificultou a execução de políticas, de programas e de projetos, face aos diversos interesses postos no cotidiano do MS. Assim,

> "(...) Arranjos institucionais fazem parte da longa tradição das reformas administrativas do Ministério da Saúde com poucos

[9] A autora deste estudo considera estratégia-ponte, instrumentos ou meios institucionais usados para alcançar algum objetivo. Observa-se que o período da utilização destes instrumentos, tem início e fim, bem caracterizados e pontuados.

> pontos de clivagem que representaram mudanças substantivas, a última delas, a extinção física do INAMPS. (...)". Mendes (2006, p.26).

O movimento sanitário se constituiu de modo coeso após a abertura política. Essa corrente ideológica sempre permeou as instituições formadoras do pensamento sanitário no Brasil, quando: idealizou a saúde descentralizada financeiramente concernida à gestão das necessidades regionais; corroborou para a participação social em todos os níveis da administração pública da saúde, afirmando o direito universal do cidadão à saúde; e afirmou que o sistema de saúde brasileiro deveria ser único e integrado.

> "(...) A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil". (Baptista, 2006:23).

As pressões para as mudanças no cenário geopolítico, social e econômico chegam ao auge na área da saúde, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). A Conferência teve caráter democrático e contou com representatividade de todas as instâncias sociais organizadas, ligadas a saúde e a sociedade civil. Foi um processo socialmente construído, pois a maioria dos representantes dos Municípios e Estados brasileiros, embora houvesse histórico de inexpressiva representação nas Conferências Municipais e Estaduais, compareceram e levaram seus anseios e reivindicações à VIII CNS.

Assim, a reforma sanitária brasileira se consolidou de forma operacional, técnica e social.

Com a promulgação da Constituição Nacional de 1988, no auge do movimento sanitário brasileiro, instaurou-se as condições legais ideais de

organização dos serviços de assistência à saúde e a construção de um modelo para o sistema de saúde, cuja base política envolvesse a participação democrática dos diversos segmentos da sociedade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce como expressão da mudança política, com a lógica da promoção à saúde e da prevenção de doenças, eficaz na resolução dos problemas de saúde do indivíduo e da comunidade: descentralizado; equânime; e universal. Fundamentalmente, acessível aos cidadãos.

A consolidação do SUS fragmenta a linha histórica de exclusão dos usuários ao acesso aos serviços de saúde. Em alguns redutos da assistência à saúde as tecnologias utilizadas lhes são restritivas, pois são especializadas na "oferta dos serviços médicos, procedimentos e medicamentos, com a atenção voltada à doença com intervenções restritas ao biológico". (Brasil, 2005b).

> "Isto diz respeito à transformação das práticas de saúde e da construção de modelos de assistência à saúde que visem atender de forma racional, universal e igualitária o direito de todo cidadão à saúde (Brasil, 2000b). É a legitimação do esforço do movimento sanitário brasileiro de adotar ações para a formulação de políticas e estratégias que atendam aos "interesses dos usuários, capaz de satisfazer suas necessidades" (Brasil, 2005a).

Durante o período de formação da identidade sanitária da saúde no Brasil as formas de fazer a assistência à saúde, se constituíram em paradigmas[10]. São modelos constituídos de acordo com o período histórico do país, enquanto bloco político, geográfico, econômico e social. Os modelos assistenciais têm como

[10] Neste estudo, paradigma utiliza o conceito de Thomas Kuhn, citado por Minayo (1994:17). "Thomas Kuhn reconhece que os diversos momentos históricos e nos diferentes ramos da ciência há um conjunto de crenças, visões de mundo e de formas de trabalhar, reconhecidos pela comunidade científica, configurando o que ele denomina paradigma".

fundamentação um projeto político-ideológico, e, necessariamente, uma historicidade, visto que:

> "(...) que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e uma tecnológica, para expressas-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação dos modelos tecno-assistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as duas dimensões que o compõem como projeto político". (Merhy et al.,1994, p.91-92).

Embora o autor reconheça que os modelos de assistência à saúde são influenciados por paradigmas, algumas vezes são interpretados como tal. Neste estudo, paradigma diz respeito ao pacto normativo acordado por pares, cuja racionalidade se expressa no cotidiano de suas práticas científicas. No Brasil pode-se identificar três grandes paradigmas para a saúde pública: o paradigma central verticalista, o horizontal desconcentrado e o estratégico descentralizado. (Mendes, 2006). Estes modelos são definidos no Quadro 3, apresentado a seguir.

Quadro 3 - Paradigmas e modelos tecno-assistenciais da saúde brasileira.

Paradigmas	Características dos paradigmas	Modelo respectivo
Paradigma central - verticalista	Centralização administrativa, departamentalização temática; execuções de aços verticalizadas; atividades desenvolvidas em campanha; insulamento institucional, em que o setor público trabalhava a saúde pública; entre outros.	Modelo sanitário campanhista.
Paradigma horizontal-desconcentrado	Centralidade normativa; desconcentração de atividades normalizadas; diminuição das decisões dos departamentos de programas, no nível central; permanência de ações campanhistas; execução da assistência primária pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; atenção à saúde individual através do INAMPS; auge da contratação dos serviços médicos privados; descaso com o objeto social da saúde; entre outros.	Modelo médico-assitencial privatista
Paradigma estratégico-descentralizado	Descentralização decisória e financeira nos três níveis de governo, para ações colegiadas objetivando a administração de conflitos; planejamento estratégico; controle social participando das decisões regionais e nacionais; autonomias de gestões; atenção à saúde orientadas por problemas; municipalização; ações intersetoriais; foco no usuário do sistema de saúde e não na doença; entre outros	Modelo de atenção à saúde.

Fonte: MENDES, 2006.

Esses mesmos paradigmas se justapõem ou se sobrepõem uns aos outros, com as ações de saúde que lhes são características. Elas se aduzem de acordo com a ascendência do poder tecno-burocrático vigente no MS e, muitas vezes, borram suas fronteiras conceituais por questões históricas e políticas. Contudo,

> "(...) apesar das sucessivas mudanças nos organogramas, vão-se superpondo, sem se misturarem, diferentes culturas institucionais, ..., conformando um mosaico institucional de difícil governabilidade pela prevalência, dentro de uma mesma organização, de diferentes "ministérios", seja da saúde, seja das ou das doença.Tais espaços institucionais operam desde diferenças incontornáveis de concepções de processo saúde-doença, representações objetais, estratégias de intervenção, graus de

> modernidade institucional, atingindo, até mesmo, distintas políticas de recursos humanos". Mendes (1994:134-135).

Por exemplo, quando existe o pico epidemiológico de uma determinada doença, não se trabalha apenas a promoção da saúde. Faz-se campanhas contra esta doença, copiando as práticas militares campanhistas. Conclui-se que os caminhos permanecem os mesmos e serão por algum tempo semelhantes, até que se perceba que as mudanças de paradigmas e dos seus modelos tecno-assistenciais respectivos, procure a centralidade no ser humano – indivíduos e comunidades –, e na preservação da vida.

Portanto, é preciso reaprender a aprender os atos de cuidar, de escutar e de compartilhar saberes que permeiam as relações humanas. Assim, há reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a da reorientação do modelo tecno-assistencial ainda não foram capazes de produzir avanços significativos no SUS (Feuerwerkwer, 2005).

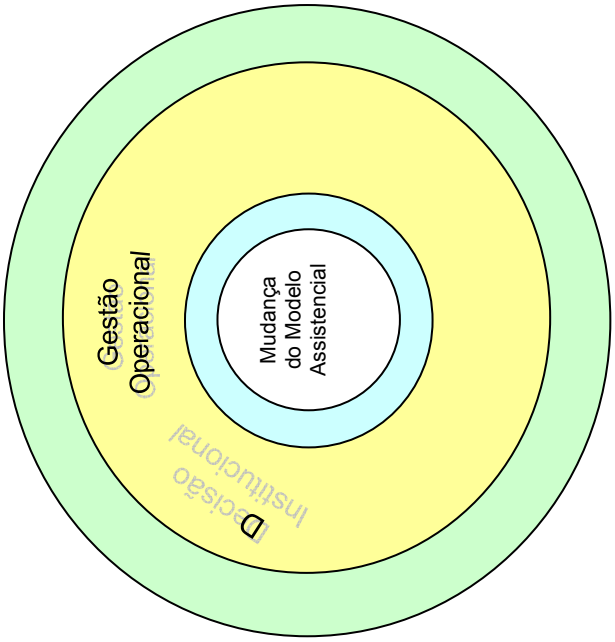
Longe de ser uma solução pronta, o SUS se organiza de acordo com as possibilidades e vontades políticas e técnicas dos gestores, em seus três níveis de governo. A reforma do paradigma da saúde é uma decorrência da reestruturação do Estado brasileiro (Quadro 3). São acontecimentos históricos tributários de atitudes democráticas, porém, neste momento, encontra limites na sua implantação - pois requer uma transformação político-pedagógica-social.

A Constituição Federal de 1988 organiza, em seus parágrafos, a ação e o caminho legal que a saúde e os cidadãos devem percorrer para terem acesso à assistência à saúde.

Na letra da lei, a saúde no Brasil é universal, descentralizada, equânime e integral. O controle social do usuário-paciente e de seus familiares em suas regiões de moradia indica o modelo de gestão participativa. Também, por meio desse dispositivo os usuários têm assistidos algumas mudanças no SUS.

O novo modelo está em maturação, se fazendo conhecer e oportunizando a sua reestruturação, mas convive com o antigo modelo que objetiva a doença e não o humano num contexto de vida saudável. Os princípios do SUS estão se incorporando, pouco a pouco, nas arenas conflituosas das relações humanas e trabalhistas, questionando as práticas de saúde. Portanto, conforme apresentado na Figura 2 (p.34), Mendes (1994:136-137) escreve que

> "este novo paradigma deve ser construído em coerência com o modelo assistencial informado pelos princípios do Sistema Único de saúde e deve, dentro da idéia processual, ir compondo-se com base em alguns movimentos: - da centralização para a descentralização; - da decisão institucional para a decisão democrática (...); - do planejamento normativo para o planejamento estratégico; da rigidez burocrática para a flexibilidade que permita adaptações contínuas às incertezas; - da norma dura para a norma branda; (...)".


Gestão
Operacional
Decisão
Institucional
Mudança
do Modelo
Assistencial

Entrementes, se não se concretizam as contingências mais simples do SUS, uma crise de âmbito mundial se instala na área da saúde. Os motivos são: falta e uso inadequado de recursos utilizado para a aquisição de tecnologias duras[11] (compra de equipamentos, instrumentos de última geração); formação de profissionais de nível médio e superior sem prospecção da realidade do mercado de trabalho, subordinada ao mercado educacional; urbanização sem planejamento das grandes metrópoles brasileiras; medicalização da assistência devido a conversão de problemas psicossociais em doenças, (Mendes, 2006:24).

Todos os obstáculos citados acima demonstram o quanto o modelo tecno-assistencial em vigor deve ser reinventado e replanejado para atender as necessidades das populações. Mesmo com tal o volume de políticas, programas e projetos que o Ministério da Saúde elabora, não há como conta das situações regionais. Ainda tem-se que observar e executar um simples ponto da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, no artigo 7º que cita no item IX: descentralização político-administrativa, com direção única em esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A princípio o respeito pelas necessidades regionais não têm sido respeitadas. visto que as políticas do MS são adequadas ao universo ao de acordo com o mundo econômico: situação centro – periferia.

> "O centro é tido como depositário da melhor competência tanto no que respeita à definição de política quanto à sua implantação". A autora continua sua explanação citando Deetz (1998) que "descreve a política pública como uma tecnologia de governo que tenta forçar os atores sociais a trabalhar de forma eficaz para o

[11] No texto Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado, Merhy diz que as "tecnologias duras permitem processar ... equipamentos, imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros". Neste estudo a autora fará referência as tecnologias duras assim como Merhy, E. E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

> atingimento de metas predefinidas arbitrariamente no nível central". (Campos e Costa: 2005, p.4).

Portanto uma política ditada do nível central (MS) para os Municípios e Estados tem poucas chances de implementação. As reformas e políticas no Brasil ainda são centrífugas e contrárias aos princípios democráticos do modelo sanitário. Em agravo cita-se que:

> "Nas últimas décadas ocorreram profundas transformações no processo do trabalho em saúde com a intensificação do uso de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica. Vivemos uma profunda mudança do padrão demográfico, do perfil de morbi-mortalidade, do crescimento da violência e de seu impacto na sociedade e no trabalho médico, do intensivo processo de incorporação tecnológica, no aumento do conhecimento da população sobre temas médicos e de saúde" (...) (Temporão: 2007, p.3).

Os caminhos traçados para garantir a apropriação do SUS, sugerem circunscrição em um modelo estratégico - ponte, que atualmente tece um futuro mais democrático, com participação social de fato e de direito.

Conflitos e crises no nível micropolítico e no mesopolítico sempre existirão, e terão que ser negociados entre os implicados na solução dos problemas. Nesse cenário observa-se que os trabalhadores da saúde precisam adquirir novos saberes e atitudes de escuta e respeito para a vida do outro. Como a teoria das valises de Merhy (2005, p.94), nem tudo na saúde deveria utilizar a valise das mãos, ou as tecnologias duras, "... por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas...". Os procedimentos de maior expressão deveriam ser aqueles que são considerados o do encontro entre sujeitos, "...presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias

leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato".

Desse modo a saúde brasileira resignifica uma mudança suas práticas de saúde, seu modelo sanitário e a forma de participação dos seus cidadãos. Nessa transformação, "(...) a organização dos serviços tem obedecido às formas de organização do próprio Estado segundo o eixo centralização / descentralização, configurando-se distintas estruturas de relações entre o poder central e periférico" (Mendes: 1994, p.184).

A radiografia do SUS, assim como aqueles implicados na arena da saúde indicam que não basta apenas um bom atendimento, ao usuário, para que se diagnostique um quadro saudável de vida para as pessoas e suas comunidades.

A intersetorialidade entre diversos campos afins com a saúde deve ser desenvolvida, principalmente com a educação, meio-ambiente, trabalho, a habitação e outros. Contudo,

> "(...) a maioria das soluções propostas para a reorientação ou aperfeiçoamento do nosso sistema de saúde, na maior parte das vezes, não observa esta nova dinâmica e responde a padrões tradicionais de diagnóstico e de correção de rumos. Esta nova realidade exige novos modos de organizar o cuidado e a atenção. Transversalidade, intersetorialidade, comunicação e informação são categorias centrais a serem trabalhadas e incorporadas a qualquer projeto de aperfeiçoamento setorial" (Temporão: 2007, p.3).

Os programas como o PSF, políticas como a Política Nacional de Humanização e a PNEPS, entre outros, são instrumentos que constituem uma agenda normativa para a mudança ideológica e política do Sistema Nacional de Saúde. Esses instrumentos são estruturantes do sistema, mas por si não dão conta da implantação de um novo modelo sanitário.

A reestruturação do ideário técnico-ideológico institucional do MS entrega seu rol de mudanças. Portanto, políticas públicas como a PNEPS estão formatadas para que a periferia obedeça às normas do centro, com ações normalizadoras, persuasivas e punitivas quando operam fora da delimitação programada (Campos e Costa, 2005, p.5). As autoras também relatam que nessas iniciativas estão inclusas as emissões "de normas operacionais, treinamentos, seminários, oficinas, eleição de casos-modelo, criação de centros de excelências e dotação diferenciada de recursos".

Entender os movimentos do sistema de saúde brasileiro e observar os movimentos políticos e ideológicos dentro do Estado, é pertinente para que se possa está aptos a executar o pacto pela vida humana, percebendo as "subjetividades e interesses" dos formuladores de políticas públicas. Assim, Deetz (1998) descreve a política pública como uma tecnologia de governo que tenta forçar os atores sociais a trabalhar de forma eficaz para o alcance de metas predefinidas arbritariamente no nível central" (Apud Campos e Costa, 2005: 4).

Os fluxos autoritários do centro-periferia ocorrem em todos os níveis sempre nas relações do poder do conhecimento e na execução das práticas advindas deste conhecimento.

Reconhece-se que a situação política – ideológica do Brasil e conseqüentemente da saúde, é o espelho da relação do Estado brasileiro (país periférico) com o mundo.

Sob essa ótica consideram-se os planos de desenvolvimento das Nações Unidas através da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento (PNUD), entre outros.

Neste estudo far-se-á apenas pontuações sobre as agências internacionais citadas acima, atuantes no Brasil, para ilustrar o movimento centro-periferia.

A CEPAL foi instalada no Brasil em outubro 1952, e exercia ações conjuntas com o BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Social). A finalidade da Comissão era a de *"avaliar o ritmo de crescimento do país e traçar programas de desenvolvimento para um período de dez anos, bem como realizar cursos de capacitação técnica"* (CEPAL: 2007). Após este período, em 1968 vinculou-se ao ILPES (Instituto Latino Americano de Pesquisas Econômicas e Sociais) e, ao IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) a partir de 1978, quando foi transferido para Brasília. Desde então, essa conjunção CEPAL / IPEA mantém um acordo de cooperação técnica com as instituições Federais do Brasil, visando fornecer capacitação técnica, treinamentos, pesquisas, apoio aos Estados e Municípios, organização de seminários e intercâmbio de técnicos.

A CEPAL atualmente tem 43 países membros, inclusive nações desenvolvidas da América do Norte (USA), Europa (Alemanha, França, Reino Unido e Grã-Bretanha, Irlanda do Norte) e Ásia (Japão) e 8 países associados, situação acordada para territórios não independentes do Caribe (CEPAL: 2007).

Os principais projetos em conjunto com o PNUD e Organização Internacional do Trabalho (OIT) em andamento são: O papel do Estado na Geração de Emprego e Proteção Social; Emprego, Distribuição de Renda e Pobreza no Brasil; Políticas ativas e Passivas de Mercado de Trabalho, entre outros. O projeto realizado com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE): Coordenação didático-pedagógica e operacional

do Curso de Pós-graduação em “Gestão de Projetos de Desenvolvimento de Arranjos Produtivos Locais“ (CEPAL 2007).

O PNUD é uma instituição com 166 países membros, atuante no Brasil desde 1967, que mantém uma rede de especialistas em desenvolvimento humano os países em convenção com: conhecimentos temáticos, das melhores práticas, faz intercâmbios sobre gestão, capacitando os talentos locais em prol do desenvolvimento humano sustentável. Também mantém acordos de cooperação técnica com Estados, Municípios, agências reguladoras, setor privado, ONGS, além do governo Federal.

O PNUD construiu em 1990 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para medir o nível de desenvolvimento humano dos países. Segundo o PNUD, o IDH é um instrumento usado na formulação e implementação de políticas sociais no Brasil (PNUD: 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), representante regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) vinculada a Organização dos Estados Americanos (OEA) e Nações Unidas. Utiliza-se de financiamentos do Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, fundos de governos centrais, fundações filantrópicas e fundos das Nações Unidas.

Suas funções são as seguintes: “facilitar a capacitação de trabalhadores de saúde por meio de bolsas, cursos, seminários, etc., e contribui para acelerar a promoção de estilo de vida saudável (...)”, entre outras ações de assistência a países membros (OPAS, 2007).

Em resumo tal dispositivo disciplinar representa uma forma de condução centralizadora. Os discordantes são punidos e o discurso dos meios do “poder/conhecimento” e “sustentam o centro como lócus ideal de formulação da

política e justificam a concentração de competências e recursos" (Campos e Costa 2005).

Nesse contexto, a PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) atende a mais uma "sugestão" dos intelectuais, formuladores de políticas públicas e sociais no Brasil. Deve-se considerar certo idealismo dos planejadores das políticas públicas quando vislumbram um curso dissociado entre a formulação e implementação de políticas públicas; a primeira pergunta a se fazer é para quem se elabora a política? A quem se quer atingir? Quais são seus objetivos? Quem ou qual organismo financia a execução da política pública? Quem construiu o texto normativo da política?

CAPÍTULO 1 – A saúde e a educação no Município de Teresópolis:

A intenção desta pesquisa é a de estudar a implementação da PNEP no Município de Teresópolis, contudo é necessária a sondagem de determinado dados fundamentais à intersecção das áreas da saúde com a educação. Certos dados relativos a Região Serrana foram causando relevância na análise da materialização da PNEPS em Teresópolis.

A cidade de Teresópolis foi fundada dentro do Município de Magé e os registros remontam a 1650, período em que o ciclo do ouro em Minas Gerais era a principal fonte econômica do Brasil. A região servia de esconderijo para contrabandistas que não queriam pagar imposto à Coroa de Portugal. Os caminhos haviam sido demarcados pelos índios Purus que habitavam a Região Serrana até a Baixada Fluminense.

Com a saída dos índios, da antiga aldeia, formou-se uma comunidade Quilombola, denominada Quilombo da Serra, que abrigava os escravos fugidos das fazendas de Magé e do Vale do Paraíba.

Após a aquisição de terras na região pelo súdito inglês Sir George March, surgiu a freguesia de Santo Antônio de Paquequer (Fazenda Sant'Ana ou Santo Antônio). Sir March, um visionário, convidava inúmeros amigos para visitar-lo, iniciando certa vocação do local como "cidade de veraneio". Após o se falecimento iniciou-se a povoação de suas terras, pela divisão das propriedades entre seus herdeiros.

O que impulsionou o desenvolvimento de Teresópolis, então freguesia de Magé, Santo Antônio do Paquequer, foram as doenças epidêmicas (febre amarela, cólera, dengue) que ocorria na Capital do Império. Os habitantes cariocas vinham se refugiar em lugar seguro, na Região Serrana.

Em 1892 o distrito de Santo Antônio do Paquequer passou a chamar-se Teresópolis, se desligando definitivamente de Magé.

Com a construção da estrada de ferro, o Governo Estadual do Rio de Janeiro ensejou transferir a Capital do Estado para Teresópolis. A princípio não se realizou esse plano. Mas em 1893 com a promulgação da Lei nº 43 de 31 de janeiro, “elevou a sede à cidade e ordenou a transferência da Capital do Estado, de Niterói para Teresópolis” (Plano de Municipalização da Saúde do Município de Teresópolis, 2002 a 2004). Porém não houve cumprimento da Lei.

O desenvolvimento da Cidade de Teresópolis verificou uma aceleração após a construção da via Rio - Teresópolis em 1959. Assim, houve importantes investimentos imobiliários, o que aumentou o fluxo de veranistas, a construção de hospitais e povoamento dos distritos distantes do centro urbano, caracterizando uma zona rural no Município.

Os imigrantes elegeram a região, certamente, pelas características econômicas para a cidade. Como exemplo, os japoneses fixaram agricultura na zona rural e os portugueses estabeleceram os armazéns de secos e molhados que perduram até hoje. As colônias israelita e turca investiram, respectivamente na construção civil e no comércio em geral. Apesar das divergências culturais ainda vigente em suas regiões de origem, isso não os impediu de estabelecer um relacionamento amistoso e cortês no processo de colonização da Região. (Plano Municipal de Teresópolis: 2002 a 2004).

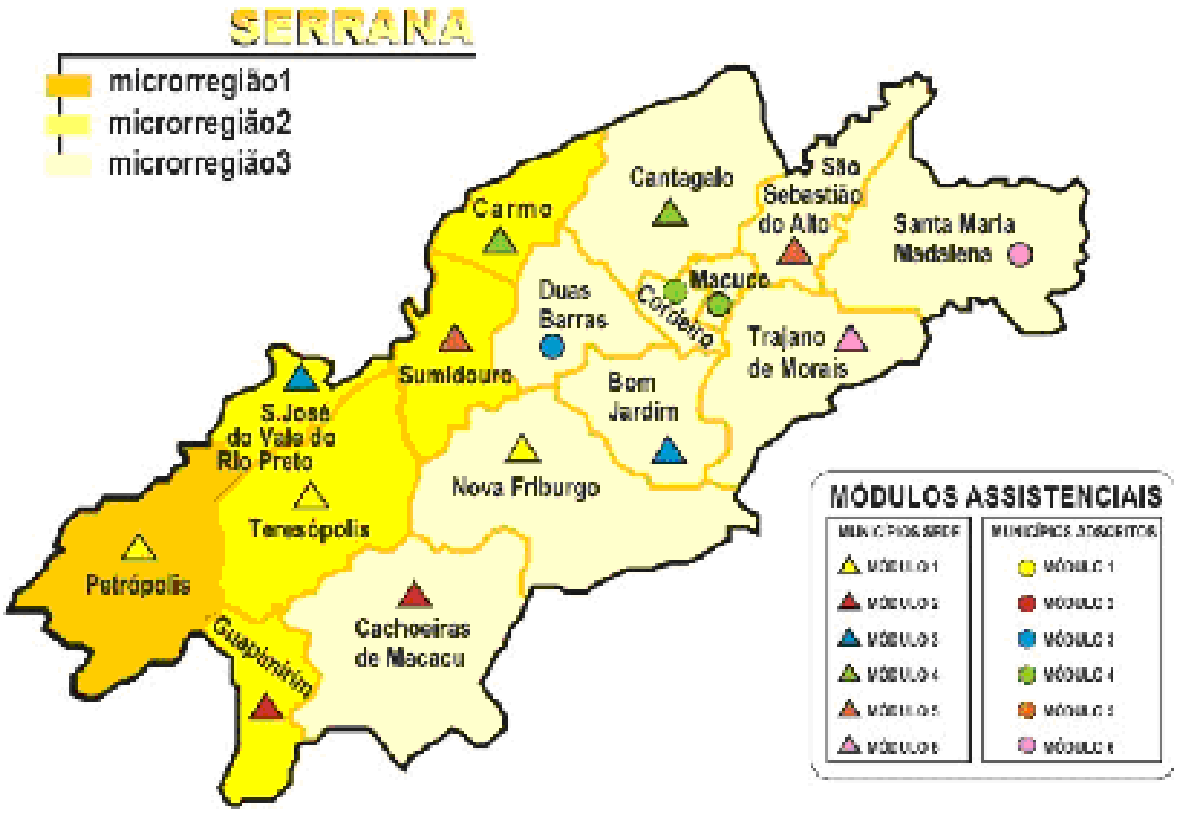
1.1 - Da geografia:

O Município de Teresópolis está situado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro (RJ), rodeada pela floresta Atlântica, tendo a cidade seu lócus definido no lado setentrional da Serra dos Órgãos.

Teresópolis tem 902m de altitude e possue 771 km² extensão territorial, correspondendo aproximadamente a 1,76% do Estado do Rio de Janeiro, 0,08 % da Região Serrana e 0,01% do território nacional e 11,0% da extensão territorial da Região Serrana. A cidade é divida em três distritos: o 1º distrito demarca a região urbana de Teresópolis; o 2º distrito, o Vale do Paquequer (Cruzeiro); e o 3º distrito, o Vale de Bonsucesso (Bonsucesso). Faz divisa com Guapimirim e Cachoeiras de Macacu ao Sul, ao Leste com Nova Friburgo, a Oeste com Petrópolis e ao Norte com Sapucaia, Sumidouro, e São José do Vale do Rio Preto. Localiza-se a 91 km da capital Rio de Janeiro (Fundação CIDE: 2004) e apresenta áreas urbana e rural bem definidas. Tem um clima característico de zona tropical de altitude que varia em média geral entre 12ºC e 25ºC.

A formação regional adotada pela unidade federativa, deriva do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Assistência à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Figura 2) que observa os fluxos das populações, situações geográficas e possíveis pólos de atendimento às necessidades de saúde dos entornos municipais. São oito regiões geográficas formadas pelos noventa e dois municípios do Estado (Anexo 1), segundo a Fundação CIDE (Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro).

Figura 3: Mapa regional de assistência à saúde da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.



A Região Serrana (SR) possui dezesseis municípios em sua conformação e três microrregiões. A microrregião I (SR I) compreende Petrópolis, formando um módulo assistencial de saúde. Teresópolis faz parte da microrregião II (SR II), juntamente com Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Carmo. A microrregião III (SRIII) é composta por Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Cordeiro, Duas Barras, Macuco, Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto e Trajano de Morais (Figura 2). Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis são referência para média e alta complexidade de assistência à saúde.

Figura 4: Regiões e microrregiões de assistência à saúde.

1.2 - Da demografia:

A Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, tem uma população de 873.837 habitantes, representando 5,3 % da população do Estado.

Quadro 4: População estimada para os Municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro, para os anos de 2004 e 2006.

MUNICÍPIOS	POPULAÇAÕ ESTIMADA EM 2004 / Habitantes	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2006 / Habitantes
Bom Jardim	23.688	24.145
Cachoeiras de Macacu	52.819	54.703
Cantagalo	20.557	20.876
Carmo	15.689	15.866
Cordeiro	19.553	19.973
Duas Barras	10.569	10.673
Guapimirim	43.019	45.251
Macuco	4.552	4.405
Nova Friburgo	176.669	178.102
Petrópolis	302.477	310.216
Santa Maria Madalena	10.284	10.200
São José do Vale do Rio Preto	21.231	21.375
São Sebastião do Alto	8.684	8.809
Sumidouro	14.791	15.062
Teresópolis	**146.994**	**150.921**
Trajano de Morais	9.729	9.593

Fonte: Elaboração desta autora, baseados em dados do IBGE e da Fundação CIDE.

Segundo o IBGE, em 2006, o Município de Teresópolis tinha uma população estimada de cerca de 150.921 habitantes, conforme apresentado no quadro 3.

A densidade demográfica era 195,9 habitantes por km², no ano de 2006 (IBGE).

O Município é considerado como estância de veraneio. Desta forma as populações urbanas e rurais só referenciam os moradores habituais, como demonstra o quadro 4. O gênero tem sua média expressa da seguinte forma:

- zona urbana - 47,9% população masculina e 52,1% consta da população feminina; e
- zona rural o quadro se inverte – 52,0% população masculina e 48,0% é a população feminina.

Quadro 5: Populações Urbana e Rural do Município de Teresópolis entre as décadas de 1970 a 2000.

Gênero	1970		1980		1990		2000	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Feminina	27.302	9.333	40.238	9.373	52.123	9.202	59.978	10.992
Masculina	10.169	10.169	38.757	10.337	49.096	10.288	55.220	11.891
Total	53.626	19.506	78.995	19.710	101.219	19.490	115.198	22.888

Fonte: Elaboração desta autora, baseada em dados do IBGE e da APREMERJ.

O Município de Teresópolis tem como sua economia baseada na agricultura, na indústria de transformação de alimentos, no comércio e no turismo. As indústrias que compõe as atividades fabris “atendem as necessidades

locais da população e algumas delas estimulam o turismo, como é o caso da indústria mobiliária e da indústria alimentícia" (Plano Municipal de Saúde: 2002 a 2004, p. 22). A maioria das indústrias são classificadas como microempresas.

O Índice Humano de Desenvolvimento (IDH)[12] do Município de Teresópolis é de 0,790, 16º lugar do Estado do Rio de Janeiro e o 806º do ranking nacional.

A expectativa de vida ao nascer é de 70,06 anos e a renda per capita de R$ 366,61 em 2000, segundo os dados do PNUD, apresentados no Quadro 5. A taxa de nascidos vivos em Teresópolis é de 17,1 % e em números inteiros, 2.475 no ano de 2004.

Alguns indicadores econômicos de Teresópolis estão estruturados através da agroindústria totalizando 31 unidades, compreendendo a agricultura, pecuária, silvicultura e extração vegetal. Esse setor econômico ocupa 197 pessoas em sua totalidade e dessas 144 são assalariadas.

As indústrias extrativistas são em número de 11, ocupando 29 pessoas das quais 11 são assalariadas. Já a indústrias de transformação possuem 374 unidades em operação, mantendo ocupadas 3844 pessoas e 3209 assalariados.

O setor econômico da construção civil emprega 850 pessoas e assalaria 612, no universo de 133 unidades de produção.

O comércio apresenta 2120 unidades, que empregam 9266 pessoas e absorve 5891 trabalhadores assalariados.

As estruturas de turismo – hotéis, pousadas, restaurantes, bares, outros - conceituadas pelo IBGE como alojamento e alimentação, são em torno de 433

[12] O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), criou em 1990 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que tem a finalidade "de aferir o avanço de uma população". O PNUD alerta que "não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana". O IDH é obtido pela média aritmética simples de outros três índices: longevidade (esperança de vida ao nascer), educação (número médio de anos de estudo e taxa de analfabetismo) e renda (renda familiar per capita média ajustada).

unidades: 2090 pessoas estão ocupadas pelo setor e 1380 são trabalhadores remunerados.

Quadro 6: Produto Interno Bruto (PIB) Municipal, PIB per capita, rendimento nominal médio mensal para pessoas acima de 10 anos, renda familiar per capita e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos Municípios da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.

Municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro	PIB Municipal em 2003 / mil reais	PIB per capita em 2003	Rendimento Nominal da população com 10 anos ou mais			Renda Familiar per capita	IDH
			Geral	Homens	Mulheres		
Bom Jardim	146.123.000	6.168,00	470,08	511,99	400,83	242,71	0,733
Cachoeiras de Macacu	643.346.000	12.180,00	433,93	509,44	321,18	219,20	0,752
Cantagalo	424.409.000	20.645,00	493,93	524,62	446,38	254,22	0,779
Carmo	265.832.000	16.943,00	504,13	593,71	389,99	270,97	0,763
Cordeiro	102.745.000	5.254,00	517,99	623,66	392,02	275,43	0,789
Duas Barras	67.230.000	6.361,00	496,44	596,76	350,92	204,86	0,712
Guapimirim	284.620.000	6.616,00	496,44	596,76	350,92	234,77	0,739
Macuco	44.413.000	9.757,00	480,55	570,37	360,16	230,85	0,769
Nova Friburgo	1.434.223.000	8.118,00	623,99	750,70	478,42	366,84	0,810
Petrópolis	2.525.968.000	8.350,00	726,25	878,73	542,90	399,93	0,804
Santa Maria Madalena	71.253.000	6.928,00	377,83	422,97	305,01	203,24	0,734
São José do Vale do Rio Preto	136.261.000	6.418,00	441,35	496,19	341,02	215,83	0,720
São Sebastião do Alto	48.827.000	5.277,00	319,07	328,35	303,02	171,43	0,723
Sumidouro	101.227.000	6.843,00	425,14	475,39	331,30	218,62	0,712
Teresópolis	**1.111.831.000**	**7.563,00**	**658,46**	**755,66**	**542,13**	**366,61**	**0,79**
Trajano de Morais	72.072.000	7.407,00	405,92	429,27	367,93	209,26	0,723

Fonte: Elaboração desta autora, baseada nos dados IBGE, IPEA e PNUD.

O ramo imobiliário, incluindo aluguéis e serviços prestados à empresas, aparece com 1084 unidades, empregando 4816 pessoas; destas 3804 são assalariados.

A educação tem 136 estabelecimentos de ensino que emprega 1672 pessoas ocupadas e pagam salários a 1518 trabalhadores assalariados.

A cidade de Teresópolis possui 151 unidades de serviços sociais e de saúde. Esses estabelecimentos mantêm ocupadas 1813 pessoas, sendo 1477 delas assalariados. O quadro 7, compara os dados apresentados para o Município de Teresópolis, conforme mostrado a seguir.

Quadro 7: Unidades produtivas sediadas no Município de Teresópolis no ano de 2004.

EMPRESAS QUE OCUPAM MÃO-DE-OBRA	**Número de Unidades Produtivas**	**Número de Pessoas Ocupadas**	**Número de Pessoas Assalariadas**
Agroindústrias	31	197	144
Indústrias extrativistas	11	29	11
Indústrias de transformação	371	3844	3209
Construção Civil	133	850	612
Comércio	2120	9266	5891
Alojamento e alimentação	433	2090	1380
Setor imobiliário, aluguéis e prestação de serviços a empresas	1084	4816	3804
Educação	136	1672	1518
Serviços de saúde e sociais	151	1813	1477

Fonte: Quadro elaborado por esta autora, baseado em dados do IBGE – Cadastro Central de Empresas, 2004.

1.3 - Da nosografia:

As doenças de maior notificação no Município de Teresópolis, são as mesmas para todo o Estado do RJ. Em 2005, segundo o DATASUS, Teresópolis registrou 19 casos de meningite, 04 de hanseníase, 01 caso de dengue, 59 casos de tuberculose 04 casos de leptospirose e 25 casos de HIV registrados em 2004.

As maiores causas de óbito entre crianças de um a quatro anos de idade são doenças infecciosas e parasitárias que respondem por 50% dos óbitos dessa faixa etária. No mesmo período de idade (1 a 4 anos) 25% das crianças morrem de doenças do aparelho respiratório e os outros 25% sucumbem por outras causas definidas. As infecções infecciosas e parasitárias também são responsáveis por óbitos de crianças entre 5 a 9 anos, com 33,3 % de óbitos, e na faixa etária de 10 a 14 anos, obitam 25,0% das crianças.

Esses dados sobre a mortalidade infantil devido a doenças infecciosas e parasitárias sugerem condições de saneamento precárias e possivelmente inacessibilidade e/ou qualidade dos serviços dos atendimentos aos serviços básicos de saúde, da municipalidade (SIM/DATASUS, 2004), conforme os dados do quadro 8.

O total de óbitos em 2004 (DATASUS) foi de 1.190 para uma população total estimada de 146.994 habitantes (IBGE, 2004).

A mortalidade proporcional por grupo de causas definidas (MS/SIM - Sistema de Informações de Mortalidade, 2004) apresenta como causa principal de mortalidade na microrregião II, onde Teresópolis está inserido, doenças do aparelho circulatório (38,2%), seguida por doenças do aparelho respiratório (12,8%) e neoplasias (14,5%); também demonstrando taxas semelhantes a do

Quadro 8 - População estimada atendida nas Unidades Básicas de Saúde no ano de 2005.

Nome das Unidades Básicas de Saúde	População estimada atendida	Percentagem de atendimentos estimados na população das Unidades Básicas de saúde
Pessegueiros	4.500 habitantes	3,5%
Vieira	4.500 habitantes	3,5%
Bonsucesso	4.500 habitantes	3,5%
Água Quente	4.500 habitantes	3,5%
Total estimado de atendimentos realizados nas Unidades Básicas	**18.000 habitantes**	**12,0%**

Fonte: Elaboração desta autora com dados do Plano Municipal de Saúde do Município de Teresópolis: 2005.

Estado do Rio de Janeiro. Apresenta-se a seguir o Quadro 9 com o panorama das causas de óbitos da Região Serrana.

Um dos problemas relatados pela SES/RJ é o da insuficiência de leitos em UTI neonatal em toda a Região Serrana; reflexo das altas taxas de mortalidade infantil e cobertura pré-natal deficitária. Embora o Município de Teresópolis contemple um Centro Universitário com graduação em Medicina e Enfermagem, e seu Hospital Universitário, esteja comprometido com a formação e a assistência o índice de mortalidade infantil foi de 17,8 % em 2004 (DATASUS, 2004).

O número de internações na clínica médica é 4.007 pessoas, equivalendo a 36,5% da totalidade; na clínica cirúrgica 3.132 pessoas, responsável por 28,5 % das internações; na obstetrícia interna 2.430 mulheres (22,1%); 1.365 crianças,

demandam atendimento hospitalar perfazendo 12,4 % das internações; os cuidados prolongados são responsáveis por 41 ações nosológicas, com 0,4% do total de internações, que equivale a 10.975, totalizando os 100% das internações. (DATASUS, 2005).

Quadro 9– Número de óbitos por causa definida na Região Serrana em 2005.

Municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro	TOTAIS de óbitos hospitalares por causa definida		Aparelho circulatório	Aparelho respiratório	Neoplasias	Outros
	Homens	Mulheres				
Bom Jardim	49	25	15	18	-	Endóc. 8
Cachoeiras de Macacu	59	26	24	13	6	Digest. 10
Cantagalo	34	27	18	13	01	Endóc. 16
Carmo	16	14	09	08	02	Digest. 8
Cordeiro	33	15	14	09	01	Digest. 4
Duas Barras	18	11	10	09	-	Infect. 3
Guapimirim	42	41	26	19	14	Endoc. 7
Macuco	10	05	07	02	01	Infect. 2
Nova Friburgo	357	297	118	198	08	Infec. 73
Petrópolis	533	508	285	147	139	Infect. 182
Santa Maria Madalena	23	13	08	04	03	Endoc. 9
São José do Vale do Rio Preto	21	21	12	16	05	Nerv. 3
São Sebastião do Alto	21	11	07	10	-	Infec. 9
Sumidouro	11	10	07	02	-	Endoc. 6
Teresópolis	**347**	**324**	**157**	**144**	**54**	**Digest. 72**
Trajano de Morais	07	06	01	03	01	Digest. 4

Fonte: Elaboração desta autora baseada em dados do IBGE.

1.4 - A rede assistencial do SÚS no Município de Teresópolis:

A Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro apresenta problemas de magnitude considerável. Com a finalidade de minimizar os problemas encontrados em oficinas de trabalho realizadas em 2000, com gestores, usuários e trabalhadores da saúde, a SES/RJ elaborou um Plano de Ação no ano de 2001 para todas as regiões de assistência à saúde do Estado. Na Região Serrana o Plano de Ação visa implementar, melhorar e adequar as necessidades locais para os seguintes programas: formalizar os sistemas de informação para a gestão; expandir e interiorizar a rede pública estadual de hemoterapia e hematologia; auxiliar na gestão de recursos para a saúde; integrar os municípios na área da saúde; modernizar a gestão de unidades de saúde; promover a vigilância em saúde; e qualificar os profissionais da saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio considera que é insuficiente a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), na localidade. Em Teresópolis, o PSF tem cobertura de aproximadamente 31,64%. Em números inteiros significa que 50.625 habitantes são atendidos pelo PSF/PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). O PACS atende 765 pessoas e o PSF os outros 49.860 usuários.

Outro problema é o inchaço do atendimento de emergência e ambulatorial no Hospital Universitário do Centro Universitário Serra dos Órgãos, que também atende ao Sistema Único de Saúde em Teresópolis. Além da população de Teresópolis que tem esta unidade de saúde terciária como referência, de acordo com pactos municipais de assistência a saúde, existe a confluência de usuários dos Municípios próximos. A cidade é referência para assistência à saúde de

média e alta complexidade na microrregião II, que compreende Teresópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Carmo, como já relatado acima. A SES/ RJ relata que algumas cidades "não alocam seus recursos diretamente no Fundo Municipal de Saúde". Também não negociam com as unidades de assistência à saúde privada, porque este sistema de pagamento é centralizado na SES /RJ.

Em cada região do Estado existe uma Central de Regulação. Na região Serrana do Rio de Janeiro a Central de Regulação localiza-se em Teresópolis. Esta foi a primeira Central de Regulação, instalada em 1999, nas regiões de assistência à saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A finalidade destas Centrais de Regulação é melhorar e agilizar a oferta de assistência à saúde (internações, assistência ambulatorial e exames) de média e alta complexidade (CISA) Teresópolis é referência para os seguintes procedimentos de alta complexidade: tomografias, cintilografias, arteriografias, portografias, tiroxina T4, ferritina, curva glicêmica, tratamento de policitemia vera e litotripsia.

Para a média complexidade, a cidade em estudo cobre os seguintes procedimentos: ultrassonografia, ecografias, exame citopatológico cérvico vaginal e microflora, colposcopia, mamografia, verificação de pressão intra-ocular para prevenção do glaucoma, exame anatomopatológico de peça cirúrgica, potencial de acuidade visual, campimetria, TSH, avaliação de marcapasso cardíaco e sistema holter 24 horas - 2 canais (Plano Municipal de Saúde de Teresópolis: 2002 a 2004, p.89).

Figura 5: Centrais de Regulação da Saúde nas Mesorregiões do Estado do Rio e Janeiro.

O funcionamento se dá da seguinte forma: o usuário do Sistema Único de Saúde procura uma Unidade de Saúde, para resolver seu problema de saúde. Caso a unidade de saúde procurada não possa ajudá-lo, aciona-se a central de regulação. Esta procura uma vaga para a assistência a saúde do usuário e o encaminha. Isto minimiza o sofrimento das pessoas e as intermináveis viagens, de uma unidade de saúde para outra, sem a certeza do atendimento e possível solução do problema.

A conformação estratégica de atendimento à saúde foi possível por meio de pactuações entre os gestores das Secretarias Municipais de Saúde, que disponibilizam seus serviços de saúde, para outras cidades que não tenham condições de atender o seu usuário do SUS.

As centrais de regulação são compostas por médicos reguladores, telefonistas e operadores de sistema. Em 2003 a SES/RJ equipou as centrais com equipamentos de informática.

> "No atual momento de desenvolvimento do SUS/Teresópolis, as ações de controle, regulação e avaliação estão vinculadas a Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria com subordinação direta ao Secretário Municipal de Saúde. Estas atividades tem, historicamente, sua origem no antigo INAMPS, guardando, ainda, ações e condutas desta estrutura superada e incapaz de atender as atuais demandas preconizadas pela legislação e regulamentação em vigor. A divisão organiza-se entre os seguintes setores: supervisão médica, contas médicas, central de regulação e internações. A característica essencial desta estrutura é o baixo índice de interação entre os referidos setores, falta de política com objetivos e metas definidas. As ações coordenadas de forma descentralizada, incapaz de proceder a uma interlocução com o controle social do SUS que no município é exercido de forma bastante independente pelo Conselho Municipal de Saúde" (Plano Municipal de Saúde de Teresópolis, 2005).

Teresópolis possui três hospitais credenciados pelo SUS, sendo dois filantrópicos e um universitário.

A SES/RJ possui uma unidade de saúde na Região Serrana. O Hospital Estadual Teixeira Brandão está finalizando suas atividades e localiza-se no Município de Carmo. A especialidade desta unidade de saúde Estadual é a assistência psiquiátrica.

As unidades ambulatoriais da cidade em estudo são em número de cento e quinze. São seis postos de saúde, dezessete unidades básicas, quatro policlínicas, cinqüenta e dois consultórios isolados, três hospitais gerais, vinte e uma clínicas com ambulatórios especializados, onze unidades de apoio de diagnóstico e terapia (DATASUS, 2005).

Os procedimentos da Atenção Básica somam 929.268, perfazendo 50,3%. Os procedimentos especializados equivalem a 876.610, comprometendo 47,5%.

Os procedimentos assistenciais de alta complexidade como a terapia renal substitutiva, quimioterapia, tomografia computadorizada, entre outras, somam 40.308 procedimentos, responsáveis por 2,2% da atenção ambulatorial (DATASUS, 2005).

Para melhor conhecer os problemas e os projetos para a rede assistencial de saúde de Teresópolis, é necessário entender a organização do Município em questão, quanto à assistência aos usuários do SUS e privados. O plano Municipal de Saúde de Teresópolis é elaborado conforme os artigos 196 e 200 da Constituição Federal, da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142 de 30 de dezembro de 1990. Ainda se baseia nas Leis Municipais de criação da Secretaria Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e os Códigos Sanitários Municipal, atendendo as diretrizes construídas na V Conferência Municipal de Saúde.

> "A Lei orgânica Municipal, promulgada em 1990, enfatiza em seu artigo 165, parágrafo único que compete ao Município suplementar se necessário à legislação federal e a estadual que disponha sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde que constituem um sistema único" (Plano Municipal de Saúde: 2002 a 2004, p.2).

Portanto ficou definido que as prioridades nos seguintes itens: ampliar a rede básica / PSF; intensificar as ações de promoção à saúde; ampliar a disponibilidade de recursos humanos e materiais; fortalecer a assistência farmacêutica e garantir sistema de referência e contra-referência (Plano Municipal de Saúde: 2002 a 2004, p.89 e Anexo 1).

Embora o Município tenha a grande maioria dos sistemas de informação, eles apenas funcionam como bancos de exportação de dados, para centrais dos órgãos Federais e Estaduais. Abaixo estão listados os sistemas de informações

Quadro 10: Unidades de Saúde da Região Serrana, que possuem leitos públicos ou privados credenciados ao SUS.

SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO SERRANA ANO 2005			
MUNICÍPIOS	**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE TOTAIS**	**SERVIÇOS PÚBLICOS TOTAIS**	**SERVIÇOS PRIVADOS TOTAIS**
BOM JARDIM	16	13	03
CACHOEIRAS DE MACACU	24	18	06
CANTAGALO	27	17	10
CARMO	15	14	01
CORDEIRO	20	08	12
DUAS BARRAS	16	16	-
GUAPIMIRIM	12	08	04
MACUCO	05	04	01
NOVA FRIBURGO	49	20	29
PETRÓPOLIS	140	50	90
SANTA MARIA MADALENA	15	14	01
SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	13	11	02
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	09	09	-
SUMIDORO	21	21	-
TERESÓPOLIS	**61**	**25**	**36**
TRAJANO DE MORAIS	13	12	01

Fonte: Elaborado por esta autora com base nos dados do IBGE.

do Plano Municipal de Saúde do Município de Teresópolis (2005).

- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- SINAN – Sistema de Informação de Alimentação e Nutrição
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

- SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial
- SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar
- SIS Pré-Natal – Sistema de Informações de Pré - Natal
- PCCN – Programa de Controle de Carências Nutricionais
- SICLOM - Sistema Logístico de medicamentos de AIDS
- SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Informação
- Cartão SUS – Cadastramento Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde
- SIL-TB – Sistema de Informação Local de Tuberculose
- SISCAN – Sistema de Informação do Câncer da Mulher
- SISREG – Sistema de Informação de Regulação
- SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
- HIPERDIA – Sistema de cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
- VIGIÁGUA - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
- CNES – Controle Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Quadro 11 - Número de Unidades de PSF, equipes de PSF, famílias cadastradas e população acompanhada pelo Programa de Saúde da Família, no Município de Teresópolis em 2005.

Unidades	Equipes	Famílias Cadastradas	População Acompanhada
Araras	1	1.572	5.511
Barra	1	1.438	4.718
Beira linha	1	1.063	3.489
Fonte Santa	1	1.116	3.851
Quinta Lebrão	1	1.066	3.728
G. Florestal	1	1.078	3.772
G. Guarani	1	791	2.687
Meudon / 01	1	1.313	4.361
Meudon / 02	1	998	2.951
Rosário	1	1.462	5.169
Vargem Grande	1	1.230	4.270
Venda Nova	1	911	3.105
Total	12	14.038	47.612

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Teresópolis: 2005.

Quadro 12 - Categorias Profissionais e Número de Profissionais existentes no Programa de Saúde da Família em 2005.

Categoria Profissional	Número
Médico	12
Enfermeiro	12
Auxiliar/técnico de Enfermagem	18
Agente Comunitário de Saúde	76

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Teresópolis: 2005.

1.5. A rede de formação profissional de saúde:

Na cidade de Teresópolis existe o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) que gradua Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Cirurgiões Dentistas. Atualmente, este Centro Universitário utiliza para a formação de seus alunos metodologias ativas de ensino e aprendizado.

Os docentes procuram se adaptar as mudanças bruscas, determinadas pelo Ministério da Educação (ME), para que esta instituição filantrópica de ensino, atuasse como Fundação Educacional Serra dos Órgãos para Centro Universitário Serra dos Órgãos. Parte dos professores da área da saúde também trabalham na SMS.

As relações se estreitam a ponto de não haver diferenciação entre o público e o privado. Como a UNIFESO mantém parceria com a SMS e Prefeitura e participa do PEPS da Região Serrana, optou em deflagrar o aprendizado para a vida e o mercado de trabalho.

Esse aprendizado é permanente. Os alunos entram nas unidades de saúde desde o primeiro período, para entender o processo do SUS e começam a decifrar a “cultura e os rituais” que permeiam as práticas de saúde pública conseqüentemente.

Embora o apontado seja problemas privados e estruturais do Centro Universitário e da Secretaria Municipal de Saúde, esta autora considera importante ilustrar alguns acontecimentos limitantes da prática pedagógica. Esses eventos fornecem elementos significativos para a materialização da PNEPS no Município.

Os problemas encontrados no campo de ensino traduzem uma pedagogia conflitante. As unidades de saúde do Município de Teresópolis absorvem os alunos de algumas áreas da saúde, sobrecarregando os profissionais que são, também, seus instrutores pela UNIFESO. Ora atendem o usuário e ora ensinam ou orientam os alunos. Há uma quantidade excessiva de educandos, de diferentes carreiras da saúde em aprendizado no mesmo PSF.

O nível técnico na área da saúde conta com uma unidade do Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC), de caráter privado, que forma Técnicos de Enfermagem, entre outros cursos.

A Escola de Formação Técnica em Saúde Enfª Izabel dos Santos (ETIS) faz parte da Rede de Escolas Técnicas (RET-SUS), pertencentes à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que forma e qualifica para o Sistema Único de Saúde.Os cursos de nível técnico são destinados aos já trabalhadores da área da saúde, de nível elementar e médio que precisam ou queiram se qualificar. A ETIS funciona como executora de projetos do MS, mantendo cursos esporádicos. A formação acontece quando existe projeto e verba para o custeio dos mesmos.

Na cidade de Teresópolis existe um Centro Descentralizado de Execução Programática (CEPD), da ETIS. Os cursos oferecidos ao Município são: Complementação do Auxiliar de Enfermagem para o Técnico de Enfermagem, habilitação em Enfermagem, Técnico em Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (TACS), entre outros.

A forma de contratação de serviço entre a ETIS e o Município se faz por meio de convênio de cooperação técnica, firmado entre as partes e publicado em Diário Oficial do Estado. A metodologia adotada pela ETIS é a da problematização e considera-se que é no serviço que se "re"qualifica o aluno.

O discente é preparado para enfrentar as situações profissionais do cotidiano de modo crítico. Da mesma forma que o nível superior, o nível técnico também encontra dificuldades em acessar as unidades de saúde, sejam elas básicas, secundárias e / ou terciárias.

As escolas de nível técnico contam com o Hospital Universitário da UNIFESO e com as unidades básicas de saúde e com as do PSF, também usadas pelo nível superior. A dificuldade de acesso não decorre da demanda da instituição de ensino superior, mas existe, visto a sobrecarga de alunos dos dois níveis de ensino.

Ademais, há outros cursos técnicos na área da Enfermagem integrando essa rede formação do nível técnico. Porém, na experiência desta autora com os egressos no CEPD da ETIS, observa-se na análise documental desses alunos, que alguns cursos são lícitos e legais, outros não têm registro na Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro (SEE/RJ), portanto não são reconhecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN/RJ).

Nos espaços de formação, tanto da graduação como do técnico, deverá haver espaço para o aprendizado do conceito ampliado de saúde – sua integralidade[13].

A pluralidade dos cuidados assistidos aos usuários pelo entendimento do cotidiano real das práticas de saúde, utilizando os perfis nosográfico, demográfico, geográfico, econômico-social para melhor compreensão e respeito à cultura local. Assim, a implantação das políticas (homogeneidade impostas), programas e projetos necessitam dialogar com os problemas locais. É preciso que o aprendiz identifique e busque as soluções de acordo com os recursos humanos e financeiros de que se dispõe em suas práticas cotidianas na saúde pública.

Em Teresópolis, os alunos da ETIS participam do Conselho Municipal de Saúde, já que são profissionais da rede de assistência à saúde da cidade e também participam do PEPS.

O documento Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (Brasília: 2004, p.14) relata que

> "os Pólos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis também pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde e atuam para fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores".

[13] Neste estudo a autora adotará o conceito de integralidade expresso por Pinheiro (2001, p.65) "a integralidade é (...) ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados".

As práticas de saúde são o fulcro estratégico da Educação Permanente. Desta forma estão implicadas diretamente na formação de trabalhadores da saúde, já que a educação objetiva o mercado de trabalho. Apresenta-se a seguir o Quadro 13 que traduz a rede de ensino, pública e privada, do Município de Teresópolis.

Quadro 13: Número de escolas públicas e privadas no Município de Teresópolis.

Nível de Escolaridade	Número Total de Escolas	Escolas Públicas			Escolas Privadas
		Municipal	Estadual	Federal	
Nível Superior	01	-	-	-	01
Nível Médio	15	-	08	-	07
Nível Fundamental	100	73	10	-	17
Pré-escolar	53	34	-	-	19

Fonte: Elaboração desta autora, baseada em dados do IBGE, 2005.

Também apresentamos na página seguinte o Demonstrativo da taxa de analfabetismo, taxa de abandono, taxa de aprovação e percentual de alunos repetentes, no ciclo básico das escolas Municipais e Estaduais da Região Serrana, em 2004.

Quadro 14 - Demonstrativo da taxa de analfabetismo, taxa de abandono, taxa de aprovação e percentual de alunos repetentes, no ciclo básico das escolas Municipais e Estaduais da Região Serrana, em 2004.

Municípios da Região Serrana	Percentual de alunos repetentes %	Taxa de abandono	Taxa de aprovação	Taxa de analfabetismo		
				TOTAL	Urbana	Rural
Bom Jardim	26,73	5,46	75,09	18,31	9,91	26,84
Cachoeiras de Macacu	12,45	5,51	78,09	16,28	14,07	28,65
Cantagalo	14,94	5,36	78,32	14,51	11,34	21,75
Carmo	11,79	7,74	80,34	15,19	13,93	18,50
Cordeiro	10,38	3,89	85,80	11,18	10,26	30,72
Duas Barras	15,59	13,55	72,94	18,41	15,15	23,06
Guapimirim	13,00	6,90	79,92	14,74	12,41	19,59
Macuco	11,71	8,90	76,39	11,70	9,14	22,30
Nova Friburgo	9,93	4,23	84,17	9,44	8,21	18,28
Petrópolis	11,47	5,23	81,74	8,51	8.06	16,39
Santa Maria Madalena	12,91	4,95	79,08	19,30	13,02	26,46
São José do Vale do	14,00	3,08	80,66	16,46	12,59	19,91
São Sebastião do Alto	18,84	6,14	74,11	19,43	12,00	25,26
Sumidouro	24,18	3,89	71,95	21,97	10,88	24,20
Teresópolis	7,85	4,23	86,48	12,51	10,91	20,70
Trajano de Moraes	13,28	4,31	80,74	20,97	10,96	26,83

Fonte: Elaboração desta autora, baseada em dados da Fundação Cide e Secretaria de Estado de Educação (SEE), 2004.

CAPÍTULO 2 – A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Município de Teresópolis:

2.1 – Histórico:

Primeiramente far-se-á um apanhado do que é o PNEPS e o PEPS na Região Serrana (RS). Como a Política prima pela regionalização da EP, se procurará fazer um levantamento histórico com atores participantes e atas das principais reuniões (anexo 4), realizadas no momento de implantação do PEPS da Região Serrana.

Um desses atores é gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, e quando solicitado a discorrer a história sobre a implantação da PNEPS na Região Serrana e no Município de Teresópolis, ele descreve o seguinte:

> G 2: *"A implantação da PNEPS em Teresópolis ocorre junto com a instituição da Portaria nº 198 / GM em 13 de fevereiro de 2004. Foi atendendo uma necessidade que esta portaria veio ao encontro ao nosso serviço.Nós gestores do Município já discutíamos como formar os nossos profissionais para o Sistema Único de Saúde. Com a implantação do Programa de Saúde da Família, temos que trabalhar em nova lógica: a de defesa da vida. Para tal iniciamos o reordenamento dos serviços e dos fluxos operacionais, que atendesse a referência e a contra-referência na Região Serrana. Portanto, era uma preocupação constante, pois o que o PSF nos exigia, até para receber os recursos financeiros e materiais, dependiam do atendimento da demanda e da implantação dos módulos de PSF. Mas através dos cursos introdutórios, para os quais fomos qualificados pela UERJ, para executá-los, foi se tornando algo mais prazeroso, quando fazíamos e fazemos. Depois veio a discussão a nível estadual que as Capacitações ou Educação Continuada não era o modelo que auxiliaria na implantação do PSF e nem mudaria o modelo assistencial. Isso, já estávamos em 2003, quando escutamos na ENSP, enquanto fazíamos capacitações, que o Governo Federal lançaria uma política estratégica, que almejava o aprendizado integrado ao trabalho, reestruturação dos serviços e mudanças das práticas de saúde. O controle social, sempre presente às*

> *discussões no CMS logo vislumbrou sua participação e começamos a movimentar os demais gestores da SMS e das instituições de ensino superior e técnico do Município. Em 2004 se dá a instituição da portaria e iniciamos o processo de formação do Pólo de Educação Permanente. Eu entendo que EP é aprendizado que vem deve vir do processo de trabalho das equipes da atenção básica / PSF e da atenção secundária. E o que é mais importante: a partir das necessidades que aqueles profissionais têm, você promove algum tipo de formação na prática cotidiana. Atualmente é imperativo a qualificação para continuar empregado".*

Com a finalidade de diminuir as distorções técnicas como a desinformação, utilizações de técnicas duras, uma postura descompromissada dos trabalhadores da saúde (Merhy, 2006) e políticas estabelecendo a precarização dos empregos na saúde, gestão autoritária, demandas elitizadas, controle social não participante (Mendes, 1994) das práticas de saúde do modelo hegemônico atual, promoveu-se o fortalecimento das relações dos profissionais de saúde com os usuários, a reestruturação dos serviços e sugere-se a mudança das ações de saúde.

A equipe de gestores da saúde de Teresópolis e os gestores dos sistemas de saúde da Região Serrana em observação ao controle social, incentivam a população à participar dos espaço políticos criados pela legislação ou por vontade própria em prol da saúde.

Nesse ambiente de mudança vislumbra-se o trabalho em saúde como um sistema complexo, diversos fatores, que incidem na transformação das práticas em saúde no Município de Teresópolis. Aconteciam ações de Educação Permanente informais no âmbito das Unidades Básicas/PSF, mas o conteúdo normatizador da PNEPS apenas foi trabalhado após a implantação do Pólo de EP na RS.

Para se constituir enquanto Pólo de EP da Região Serrana/RJ, essa organização utilizou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Governo do

Estado do Rio de Janeiro. Assim os PEPS foram identificados com as microrregiões e as cidades sedes (ver figura 1, p.43 e anexo 1).

Nas reuniões que se seguiram, ficou estabelecido que todos os participantes da região no colegiado de gestão, seriam representados de acordo com a PNEPS e a formação do Comitê Gestores.

O Comitê Gestor é constituído por representantes de todas as instituições contempladas na PNEPS e objetiva ser menor do que o Colegiado de Gestão, pois tem a função de analisar e encaminhar os projetos dos Pólos por meio de comissões instituídas e "pactuados pela roda de gestão, a CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e a SES de cada Estado" (PNEPS, 2004 em anexo v. 2).

A formatação dos Pólos quanto aos participantes e ao projeto de execução é de iniciativa locorregional. As diretrizes são analisadas e sancionadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), ponto pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O objetivo deste acordo vem priorizar a Política Estadual de Saúde com a Nacional e relacioná-las ao propósito do projeto ou plano diretor de cada Pólo.

Desse modo o mesmo colegiado faz ou deveria fazer, segundo pactuação na reunião de Nova Friburgo, encontros toda última quinta-feira de cada mês, para deliberar os processos de construção e envio de projetos; elencar as necessidades de formação dos trabalhadores da saúde das cidades participantes; e priorizá-los, através de pactos regionais.

Posteriormente, foi constituída a Secretaria Executiva do Pólo Serrano de EPS, até então baseada no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), e construída a matriz de ação do Pólo da Região Serrana. Em seu projeto, o Pólo de EP da Região Serrana do Rio de Janeiro, escolheu dois eixos para organizar

as necessidades de formação dos trabalhadores da saúde: o estruturante e o conjuntural.

Segundo o projeto do Pólo EPS Região Serrana o eixo estruturante objetiva a construção das condições reais para a instituição dos sistemas locais de EP, a partir da vivência e dos problemas da prática de trabalho (Projeto do PEPS Região Serrana RJ, 2003, p.33 e 36 em anexo v. 2). Na Região Serrana, este eixo se conformou em cinco sub-eixos, conforme enumerados abaixo:

1 - gestão do PEPSUS – RJ da Região Serrana;

2 – formação em saúde, objetivando a introdução de metodologias ativas de ensino/aprendizagem nas escolas de saúde e na operacionalização da gestão das unidades de saúde;

3 – desenvolvimento de sistemas locais de educação permanente (EP), através de fóruns locais de EP;

4 – informação, comunicação e difusão, promovendo a circulação de informações, referindo-se a agregação de propostas e movimentos regionais compreendidos na educação permanente; e

5 – diagnóstico, monitoramento e avaliação para a acreditação de cursos e avaliação do processo ensino e aprendizagem.

Diferentemente, o eixo conjuntural pretende construir o plano do PEPS – Região Serrana, observando as iniciativas das potentraba conform.7(ana;)]TJ75.315 -000ior.0

2 – gestão de sistemas e serviços de saúde - subsídios técnicos e financeiros para a gestão de sistemas e serviços de saúde da Região serrana;

3 – rede de Urgência e Emergência - estruturação da rede de urgência e emergência na região serrana;

4 - desinstitucionalização da assistência ao louco, abordando a saúde mental na região serrana com caráter terapêutico “domiciliar”;

5 – vigilância ambiental e epidemiológica;

6 – vigilância em saúde, através de ações que promovam a saúde e desenvolva a intersetorialidade das áreas afins à saúde;

7 – formação em saúde, pretendendo operacionalizar as metodologias ativas nas escolas de saúde, construindo currículos por competência e por formação à distância.

Atualmente houve dispersão do colegiado PEPS Região Serrana RJ por falta de efetiva ação do Ministério da Saúde (MS) e da SES]/RJ, nas suas funções de incentivadores para “estimular a cooperação e a conjunção de esforços”, com objetivo da manutenção da agenda de fortalecimento das diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira (MS, Portaria 198, 2004).

A roda de gestão do PEPS da RS espera os encaminhamentos normativos do Ministério da Saúde, para continuar sua elaboração e execução de projetos de interesse locoregional. Sabe-se que isso ocorreu em todo o Estado do Rio de Janeiro, mas vêm sendo retomados aos poucos. Até o momento, nenhum projeto foi aprovado pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite) da Região Serrana - há falta de orientação clara do MS e da SES/RJ sobre o que se deve apresentar na formatação final do projeto.

Aparentemente há descrétido das instituições com relação à estratégia de Educação Permanente (EP), considerada por uns tarefa que os Municípios devem cumprir para continuar com as mesmas práticas de saúde e, por outros, qualificações realizadas via educação continuada.

Nesses três anos de participação do Pólo Serrano/RJ, nota-se que a presença dos gestores locais da saúde foi essencial nas discussões sobre as mudanças das práticas educativas em saúde pública. Porém, essa participação foi esporádica. O relato descrito abaixo, de outro gestor da SMS de Teresópolis pode ajudar a entender os motivos dessa escassez participativa.

> *G 3 e 4: "O que na realidade aconteceu, foi que os gestores começaram a participar do Conselho de Gestão do PEPS da RS, mas com o período político eleitoral, houveram muitas trocas. Com isso mudou gestor e representantes, Assim começou a baixa participação. Quem conduziu o processo de implantação foram as Escolas de Nível Superior dos Municípios de Friburgo (FONF- Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo), Petrópolis (FMP – Faculdade de Medicina de Petrópolis) e Teresópolis (Centro Universitário Serra dos Órgãos). Na maioria das reuniões não vinham os gestores, mas esse mandava um representante que não sabia do que se tratava e o que seria discutido. Mas o que mais afastou os gestores das reuniões foi à omissão do Estado. Esse recebia os projetos e não dava o encaminhamento, por achar que não estava no modelo que ele (Estado) queria. Quando na verdade era o Ministério que deveria julgar a formatação dos projetos e o conteúdo deveria ser avaliado pela CIB. Não sabiam como orientar os Pólos de EP do Estado. Podemos até nos sentir contemplados, pois é Teresópolis que sedia a Secretaria Executiva do PEPS da RS. O Secretário de Saúde de Teresópolis, com o objetivo de ver a implantação da PNESP, contribuiu com a secretaria executiva, por acreditar na implantação desta política (SIE).*

A Educação Permanente integraliza-se com as estratégias de assistência básica como o PSF e o PACS. Em Teresópolis, como já foi citada, esta estratégia antecipou a instituição da PNEPS. O fator que mais contribuiu foi a relação

conveniada da UNIFESO com a SMS e os gestores serem professores da instituição de ensino superior.

Em se tratando dos recursos financeiros da PNEPS, a Região Serrana ainda não os utilizou, pois a estrutura analisadora dos projetos está parada, portanto, não acreditando-os para a execução no nível da roda de gestão.

Esse dinheiro se tornou virtual. Por informação da Secretaria de Estado de Saúde, parte dos recursos foram usados para financiar a residência médica no Estado do Rio de Janeiro.

Relatos de alguns gestores da Região Serrana, exposto em reuniões de Colegiado, indicam uma sobrecarga de afazeres e a falta constante de trabalhadores até para a delegação, impossibilitando o seu comparecimento (o gestor) às reuniões do PEPS Região Serrana.

As presenças mais constantes nas reuniões do colegiado do PEPS Serrano/RJ são dos três maiores Municípios (Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis), com representações delegadas dos gestores da Saúde; a ETIS; o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO - Teresópolis); as Faculdades Associadas Sá Earp (FASE); e a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP).

Como representante da ETIS na roda do PEPS Região Serrana/RJ, assisto e comungo da indicação de cursos, ancorados na EP, para os gestores, como previsto no Projeto do PEPS Região Serrana RJ (2003, p.37. Anexo v. 2), eixo conjuntural, sub-eixo 02, que “conforma um conjunto de ações que visam subsidiar a gestão e a gerência dos sistemas e serviços de saúde na Região Serrana”.

2.2 – O perfil acadêmico dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis:

Quadro 15 - Demonstrativo dos projetos enviados pelos PEPs.

Pólos de Educação Permanente do Estado do Rio de Janeiro	Projeto	Trâmite atual	Valor em reais (R$)
Metro I	Estruturação da Secretaria Executiva	MS	**R$ 46.819,78**
Metro I	Tuberculose AP 4	MS	**R$ 548.082,00**
Metro I	Estratégias de Potencialização de EP na AP 3.1	MS	**R$459.200,00**
Metro I	Tuberculose AP 3.3	MS	**R$ 493.393,00**
Serrana	**PEPESC**	**CES**	**R$ 142.129,32**
Serrana	**Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental**	**CES**	**R$ 38.467,00**
Serrana	**Acolhimento em Saúde Mental**	**CES**	**R$ 110.414,84**
Serrana	**Acolhimento em Urgência e Emergência**	**Fórum Estadual**	**R$ 110.414,84**
Serrana	**Estruturação da Secretaria Executiva**	**MS**	**R$ 232.408,01**
Centro - Sul	Estruturação da Secretaria Executiva	MS	**R$ 405.960,00**
Norte - Noroeste	Revitalização dos Conselhos Municipais de Saúde	MS	**R$ 129.000,00**
Metro II	Estruturação da Secretaria Executiva	MS	**R$ 57.315,00**
Metro II	Plano Inicial de Ação	MS	**R$ 469.252,00**
TOTAL			**R$ 4.193.670,45**

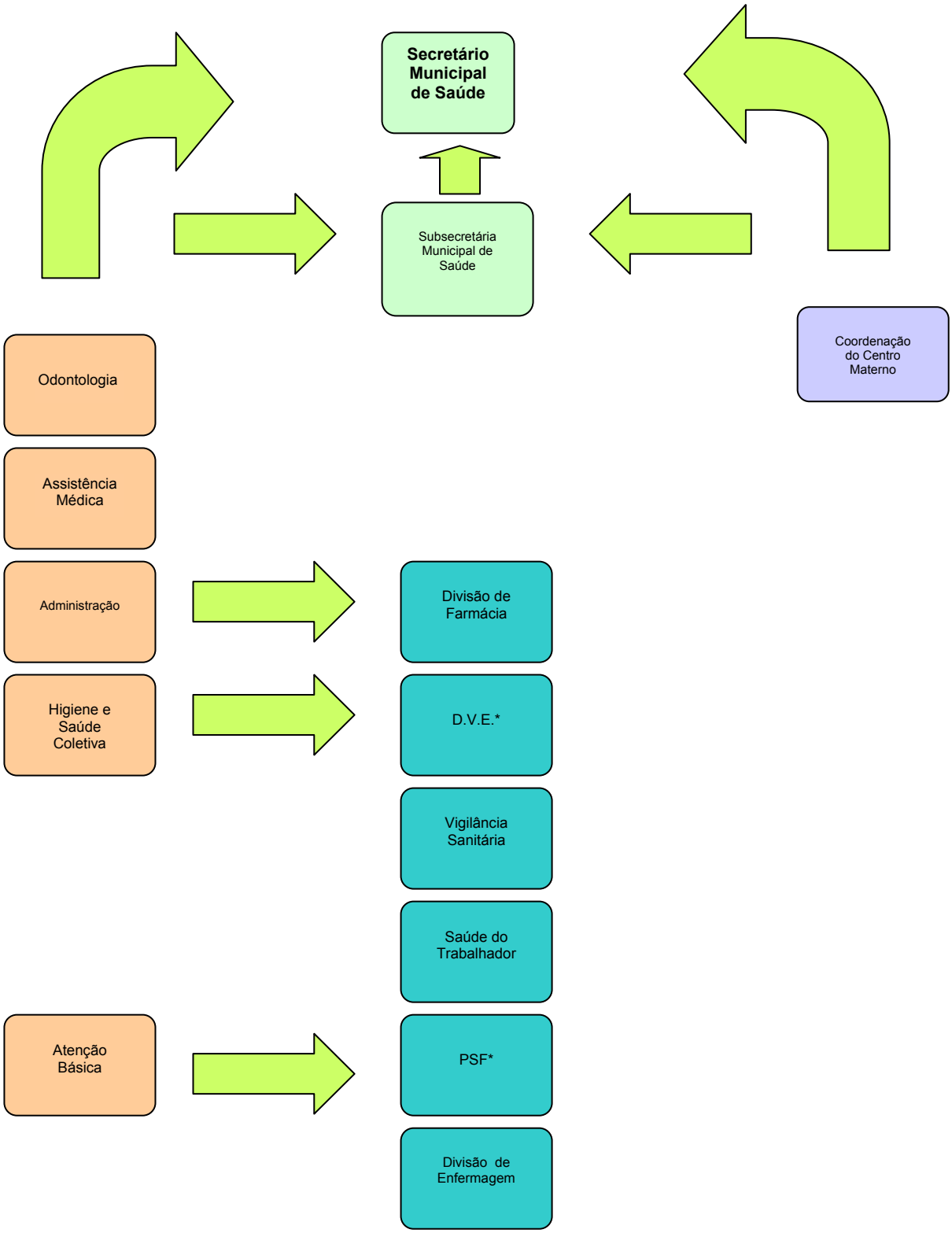
Fonte: Elaboração desta autora, baseada em documento da SES / RJ.

Quadro 16 – Formação acadêmica de todos os gestores da SMS Teresópolis.

Graduações dos Gestores	Nível de Gestão	Pós-Graduação	
		Latus Sensus	Strictus Ssus
Médico	Sim		Alta gestão
Médico	Sim		Alta gestão
Médico	Sim		Alta gestão
Médico	Sim		Alta gestão
Médico	Sim		Média gestão
Médico	Sim		Média gestão
Médico	Sim	Doutorado	Média gestão
Enfermeiro	Sim	Mestrado	Alta gestão
Enfermeiro	Sim	Mestrado	Média gestão
Enfermeiro	Sim	Mestrado	Alta gestão
Dentista	Sim		Gestão de base
Dentista	Sim		Gestão de base
Dentista	Sim		Gestão de base
Contador	-		Gestão de base
Zootecnista	Sim		Gestão de base
Agente Administrativo	-		Gestão de base
Agente Administrativo	-		Gestão de base

Fonte: Elaborado por esta autora, após entrevistas com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, em 2006 e 2007.

Figura 6: Esquema do nível hierárquico da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis.



Fonte: Elaboração desta autora, baseada no fluxograma hierárquico da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis.
*** D.V.E.: Divisão de Vigilância Epidemiológica; P.S.F.: Programa de Saúde da Família.**

2.3 – A Capacitação dos gestores da Política Nacional de Educação Permanente no SUS:

Os gestores se capacitam com recursos próprios e quando há capacitação de programas na SES/RJ ou no próprio Município. Apenas dois dos gestores entrevistados, fizeram o "Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde". O curso foi formulado e executado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Ministério da Saúde. Sua consecução foi realizada através do ensino à distância que "representa uma modalidade educacional, que deve orientar-se pela noção de indissociabilidade entre teoria e prática, compreender o saber como construção coletiva e o professor como facilitador da aprendizagem". (Brasil: 2005, p.15 v.1).

Utilizando-se de tutoria em cada município, os alunos tinham como objetivo durante e ao final do curso "ampliar a capacidade de implementação de processos de Educação Permanente no Sistema de Saúde, fortalecendo os Pólos de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde".

Os gestores participantes deste curso já tinham como premissa em suas ações de saúde o ensinar e aprender com os trabalhadores da saúde de Teresópolis e alunos, em ato (Merhy: 2006), pois também são professores da UNIFESO. Embora não seja condição prioritária ser professor problematizador para desenvolver a EP, infere a situação de aprendizagem facilidades, como o entendimento da Política de EP. Corroborando para isso, um dos dois gestores citados acima, foi tutor do Município de Teresópolis na ENSP / FIOCRUZ, durante o curso.

Todos os gestores têm cursos de pós-graduação e no cotidiano, incentivam os demais servidores a procurarem melhores qualificações.

2.4 – A Política de Recursos Humanos:

A Política de RH tem por finalidade melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde ou ligados a ela. Um dos programas de incentivo da SMS de Teresópolis é a formação básica dos seus RH. O Trabalhador que quiser é matriculado em cursos supletivos, na forma de ensino à distância (EAD), com encontros presenciais uma vez por semana.

Outros benefícios dados pela Prefeitura de Teresópolis aos funcionários da saúde, são: plano de saúde UNIMED, para dependentes também; vale compras no valor de cinqüenta reais e vale transporte (no município as empresas de transporte utilizam cartões magnéticos como passagem).

O problema está na dificuldade dos funcionários da saúde quererem qualificar-se para as novas tecnologias de relacionamento (escuta, acolhimento, outras) e técnicas.

2.5 – A crise na implementação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS:

A crise das instituições de saúde no Brasil tem dimensão nacional. Isso se reflete também nas implementações das Políticas Públicas de Saúde. Há períodos de expansão do modelo descentralizador e outros de centralização das normas para as ações de saúde e gestão.

A dificuldade é que não há descentralização dos recursos financeiros. Os recursos humanos são o fulcro da problemática. Pois esses formulam e implementam, mas não liberam as fontes para custeio dos processos de mudança do modelo-assistencial.

> Para "(...) romper com os padrões tradicionais de alcançar um novo patamar de organização é preciso um novo plano organizativo que pressupõe uma reformulação e implementação de um conjunto de medidas nos campos jurídico, administrativo e operacional. (...) No campo de ação político-administrativa e operacional, torna-se imperiosa e urgente a definição de um conjunto de instrumentos e mecanismos que dotem as instituições de saúde de modernos instrumentos de gerência e desenvolvimento de seus recursos humanos" (Santana e Girardi: 1992, p. 103).

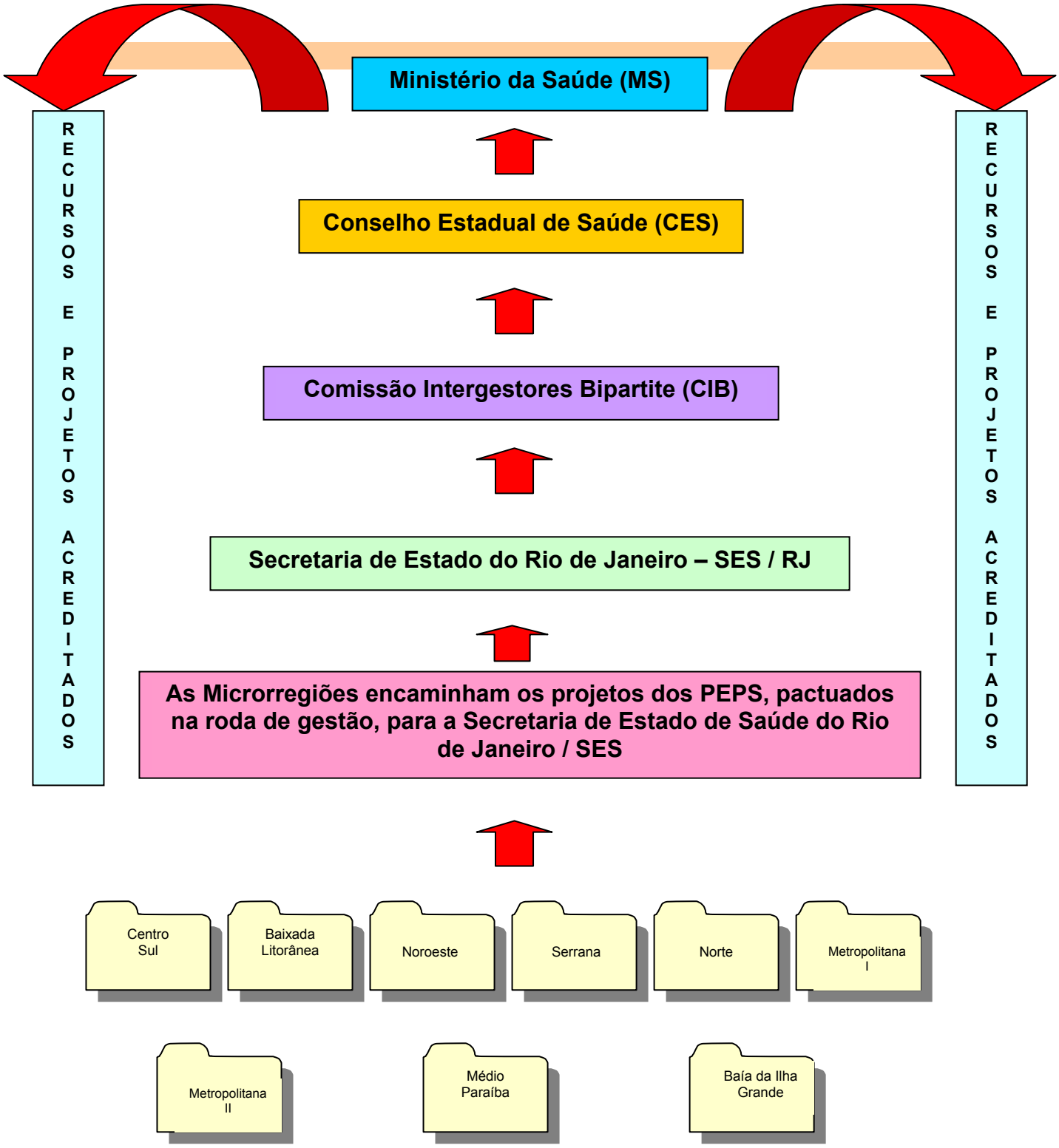
Portanto, Santana e Girardi apontavam para um modelo de transformação das práticas de saúde. Contudo, o Estado brasileiro vem se adequando as necessidades sociais mais urgentes e a saúde reflete esse salto na melhoria da qualidade de vida das coletividades. Sayd et al. (1998, p.191) quando mostra o movimento das Conferências Nacionais de Saúde desde 1941 até 1992, com relação aos recursos humanos no sistema de saúde:

> "O modelo de expansão e organização do sistema de saúde adotado pelo Governo brasileiro exerceu grande influência sobre a formação dos trabalhadores do setor. Percebe-se que o Estado, fundamentado na planificação e nas estratégias desenvolvimentistas, contemplava a educação como instrumento-chave para a reprodução da força de trabalho necessária para suprir o processo de crescimento econômico e demográfico do País, com agentes capacitados para serem inseridos o mais

> prontamente possível em qualquer segmento da produção econômica. Isso ficou claro nos textos, principalmente da IV e V CNS. A ausência de reflexão sobre a qualidade do ensino dessa formação acelerada, do perfil de trabalhador adequado para as carências sanitárias e sociais, a incorporação de um estilo fabril no processo de trabalho em saúde, a supressão da "natureza de ofício" clamam para a necessidade de expor um projeto alternativo; é evidente que a simples proliferação da força de trabalho, não acompanhada de elementos básicos de desenvolvimento e gerenciamento de recursos humanos em saúde, não promove melhorias sobre a saúde" (Sayd: 1998, p.191).

A PNEPS contempla a medida que traz em seu conteúdo a proposta de se reorganizar os serviços de saúde a partir da reestruturação formativa dos profissionais de saúde e dos gestores. Porém, um dos grandes problemas apontados pelos Pólos de EP é a não liberação de recursos financeiros para as regiões desenvolverem seus recursos humanos. A figura 7 demonstra o movimento dos projetos para acreditação do MS e liberação de recursos contribuindo com a qualificação desses recursos humanos.

Figura 7– Fluxograma do envio de projetos das microrregiões para o MS.



Fonte: elaboração da autora, baseada em informações da Portaria 198 GM de 13 de fevereiro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde.

2.6 – O Objetivo Geral e os Objetivos Específicos do Estudo:

Para responder a problemática descrita, o objetivo geral foi construído da seguinte forma: Estudar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, no ano de 2006, sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis.

Os objetivos específicos auxiliaram a responder os questionamentos, abordando-os da seguinte forma:

a - Investigar como os gestores da SMS de Teresópolis conceituam Educação Permanente em Saúde;

b – Correlacionar a formação dos gestores da SMS de Teresópolis com o conceito de Educação Permanente proposto pela Política Nacional de Educação Permanente;

c - Identificar os principais os principais impasses enfrentados pelos gestores da SMS de Teresópolis na implementação da Política Nacional de Educação Permanente:

- Face à sua formação pessoal como gestor da atenção básica ;
- Face às demandas do trabalho na atenção básica;
- Face às demandas de saúde dos usuários do SUS.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

O objetivo geral do estudo foi o de avaliar a implementação da PNEPS no Município de Teresópolis, a partir das práticas discursivas dos gestores da SMS. Embora os objetivos específicos tenham sido centrados nesta categoria profissional, a investigação utilizou várias estratégias metodológicas para melhor circunscrever seu objeto: a implementação da PNEPS.

A pesquisa confirma seu caráter qualitativo associando a triangulação de dados provenientes da observação participante, durante os eventos pertinentes ao campo do estudo; consulta a fontes documentais atinentes a PNEPS, em várias instâncias do setor saúde; e entrevista com gestores da SMS de Teresópolis.

Desse modo, formalmente, a pesquisa qualitativa pode ser dividida em duas fases: Exploratória e de Coleta de dados.

3.1- Fase Exploratória: A re-entrada da pesquisadora no campo (2006)

Esta fase do trabalho acadêmico lidou com os aspectos relativos à inserção da pesquisadora no campo de investigação. É necessário citar que a autora precisou construir uma outra identidade social acrescida às suas atividades corriqueiras vividas no Município de Teresópolis. Sendo, especificamente, o circuito de trabalho formado pelo entrecruzar e relacionar com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, foi preciso negociar, socialmente, esta nova atitude: de investigadora mestranda do Instituto de Medicina Social da UERJ.

As dificuldades pessoais também foram percebidas e tiveram de ser abordadas, pois dessa tecitura de relacionamentos pessoais, em diferentes níveis, foi que o estudo se viabilizou. A “Josenira”, acima de tudo, era moradora da cidade – circulava pelo comércio; era formada em enfermagem; dava aulas na ETIS; enfim, era uma cidadã Teresopolitana. Como enfrentar este embebimento no campo de investigação e, simultaneamente, me distanciar dele como se o visse como uma paisagem?

> Segundo Demo (1995, p.100) “o sujeito é incapaz de apenas descrever, retratar o objeto, como se fosse mera fotografia”. O mesmo autor relata que a realidade social é abordada por coincidências entre sujeito e objeto, “já que o sujeito faz parte da realidade que estuda. Assim não há como estudar de fora, como se fosse possível sair da própria pele para ver-se de fora”.

Essa presença na cenografia estudada exigiu o desenvolvimento e uma postura distanciada, de reflexão, que muitas vezes conflitou com o meu senso comum e, principalmente, afetos e desafetos dos envolvimentos pessoais e trabalhistas.

A memória afetiva dos encontros e desencontros dos atores sociais do circuito oficial da PEPS, precisou ser rememorada para que a autora pudesse transcender-se no próprio campo da investigação.

Foi com esses cuidados que a pesquisadora construiu facilidades de acesso a documentos e a participação voluntária e motivada dos gestores. Além disso, foi movida por essa estratégia, laboriosa, que a autora obteve não só o aval mas também o interesse do Secretário Municipal de Saúde na realização do trabalho de mestrado. Sua expectativa é a de que a análise final forneça elementos para uma pesquisa-ação visando a implantação da PEPS no Município de Teresópolis.

Assim, durante o primeiro trimestre de 2006 exercitei minha nova identidade de pesquisadora construindo um novo pacto social com os mesmos personagens que outrora se relacionavam com a enfermeira Josenira da ETIS. Essa dinâmica me permitiu adentrar em aspectos sutis do cotidiano das práticas de educação e da assistência do SUS na municipalidade.

As discussões e reflexões compartilhadas com outra mestranda do IMS, cujo campo de investigação lhe era completamente desconhecido, permitiu-nos avançar no processo de construção de aproximações e distanciamentos – uma já identificada com o campo precisando de se distanciar, outra estranha à unidade hospitalar necessitando estabelecer relações de amigabilidade.

Conceitualmente, esta fase se iniciou tão logo me apresentei no campo como mestrando do IMS, porém a disposição empreendida pela autora até o término da aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

3.2 - Fase da Coleta de Dados (2º semestre de 2006 – 2007)

A fase da pesquisa propriamente dita utilizou três propostas distintas, conforme citado anteriormente, para melhor circunscrição de seus objetivos específicos. Desse modo, utilizamos as seguintes estratégias metodológicas:

- Observação participante
- Pesquisa documental
- Entrevista

3.2.1 - A Observação Participante

Embora a observação do campo de estudo tenha ocorrido desde a fase exploratória, o uso da técnica se mostrou adequada após cerca de seis meses da estruturação da identidade social de pesquisadora. As anotações dos principais acontecimentos, diálogo e atitudes comportamentais foram transcritos imediatamente após a participação nos principais eventos relacionados com a PNEPS no Município de Teresópolis.

Desse modo, foram observados acontecimentos ocorridos nas seguintes instâncias:

- Secretaria de Estado de Saúde
- Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis
- Pólo de Educação Permanente de Saúde
- Centro Universitário Serra dos Órgãos
- Programa de Saúde da Família

Relaciona-se abaixo os principais eventos que foram alvo de observação:

- Reunião do Conselho Distrital de Venda Nova;
- Reunião do Conselho Municipal de Saúde;
- Reunião da Roda de Gestão do Pólo de Educação Permanente da Região Serrana;
- Reunião do Comitê Gestor do Pólo de Educação Permanente da Região Serrana;
- Acompanhamento com a Supervisão às Unidades do PSF;

3.2.2 - A Pesquisa Documental

O trabalho de investigação centrado na consulta de documentos teve início em 2006, visando acompanhar o processo de implementação da PNEPS em Teresópolis. As principais fontes documentais foram:

Legislação do SUS – Lei 8080; Lei 8142; NOAS; NOBs 1996;

Legislação da PNEPS – Portaria 198 GM de 13 de fevereiro de 2003;

Atas de reuniões das Rodas de Gestão do PEP Serrano;

Parâmetros Curriculares Nacionais Lei de Diretrizes e Bases / Lei 9496 de 1996.

3.2.3 - As Entrevistas

O grupo selecionado para as entrevistas foi o de gestores da SMS de Teresópolis, tendo em vista que o gestor municipal é considerado o sustentáculo da PNEPS, no âmbito local, e cuja desenvoltura é referência para os demais gestores e trabalhadores da saúde. Assim, todos se imbricam hierarquicamente com as necessidades dos usuários e das comunidades, que demandam revisão das práticas assistenciais. Então,

> "É preciso desenvolver novas competências para o trabalho das equipes de saúde responsáveis pela atenção à saúde, independente do modelo de atenção dominante no nível municipal. O gestor municipal deve criar condições para os municípios reproduzirem formas de educação permanente que considerem o fazer cotidiano dentro de um serviço de caráter público" (Mendonça, 2006, p.14).

Ao definir o público alvo deste estudo, procurei abordar a PNEPS baseada na lógica da gestão comprometida com a formação dos atuais profissionais e dos futuros trabalhadores da saúde. Ademais, o gestor foi visto como aquele que tem a responsabilidade de gerir o seu próprio trabalho e de orientar outros trabalhadores. Ele deve fazer parte de sua equipe definindo metas, objetivos e

estratégias, a fim de sugerir soluções para os desafios do cotidiano das práticas em saúde.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos gestores e precedidas por um levantamento específico sobre: faixa etária; graduação; pós-graduação e vínculos com atividades de ensino com a UNIFESO. Essa avaliação visou estimar a competência e a presença de duplo vínculo institucional (SMS e a UNIFESO) dos possíveis gestores participantes da pesquisa sobre a PNEPS no Município de Teresópolis.

O processo de seleção dos gestores, convidados a participar da pesquisa sobre a implementação da PNEPS, se fez de forma aleatória. Contudo, todos os voluntários foram informados do objetivo do estudo e de que poderiam retirar seus depoimentos, conforme mostrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Anexo 3 (p. 135).

A entrevista utilizada teve caráter semi-estruturado, caracterizando um instrumento de coleta de dados que

> "parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa q que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante" (Triviños, 1987, p. 87).

O roteiro das entrevistas (Anexo 2, p.86) foi elaborado e utilizado pela autora para garantir a mesma seqüência de temas apresentados aos entrevistados. Contudo, durante a execução das entrevistas, houve desdobramentos de determinadas perguntas, dando pistas do que seria interessante aprofundar. Desse modo, durante a entrevista a autora precisou, algumas vezes, retornar ao objeto do estudo.

Antes de analisar as entrevistas foram identificadas determinadas categorias de análise pertinentes ao teor do estudo, utilizando os “conceitos mais gerais e mais abstratos” (Minayo:1994, p.26). Essa atitude indicou a possibilidade de outras categorias, procedentes das entrevistas, e consideradas as “mais específicas e mais concretas” (Minayo:1994, p.14).

As entrevistas foram transcritas logo após sua execução, visando incorporar aspectos relevantes procedentes da comunicação não verbal (Weil:1999).Todas as entrevistas foram lidas, diversas vezes, visando identificar os núcleos temáticos para estruturar níveis discursivos, convergentes ou divergentes, relevantes para a análise da implementação da PNEPS no Município de Teresópolis.

Deste modo, segundo Spink (1999,p.222):

> “Os recursos escolhidos não são intrinsecamente bons ou ruins, sua eficácia está ligada a aspectos tais como: a concepção que temos a respeito do instrumento com que estamos trabalhando, suas possibilidades e limites; a maneira como o utilizamos; e o uso que se pretende fazer das informações obtidas. Entendemos portanto, ser pertinente situarmos as conversas do cotidiano em relação a outras situações de interação face-a-face, que vêm sendo utilizadas no âmbito da pesquisa.”

A montagem final das práticas discursivas (das entrevistas) foi organizada por triangulação utilizando os elementos procedentes da observação participante e da consultas a fontes documentais. Os fragmentos discursivos selecionados identificaram os gestores, numericamente, (G 1, G 2...). O primeiro a frente da citação é o responsável pela narrativa que melhor descreveu a temática em foco. Além disso, o referencial teórico proveniente da área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em saúde serviu de embasamento para esta consolidação, conforme apresentado no Capítulo 4.

CAPÍTULO 4 – Análise e discussão dos resultados:

Os entrevistados representam 59% da totalidade dos gestores do nível central da SMS de Teresópolis. Dentre esses oito são vinculados a alguma instituição de ensino superior ou médio de formação de mão-de-obra para a área da saúde. Pondera-se então, que em sua maioria tem condições de formular projetos de EP e implementá-los. Principalmente, se considerarmos que nove dentre eles apresentam pós-graduação em nível de Latus Sensu e três Stricto Sensu (mestrado), conforme apresentada no Quadro 17, da página seguinte.

Então, porque os projetos de EP, formulados pela Região Serrana e por outras regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, até a presente data não foram acreditados?

Embora existam práticas de educação em saúde no Município de Teresópolis baseadas na EP, os gestores comentam sobre a possibilidade de qualificar melhor o profissional da saúde, visando a aprendizagem nos serviços.

Assim é preciso, precisa-se redimensionar e planejar o quadro dos trabalhadores da saúde na cidade de Teresópolis, pois, os recursos humanos vinculados a SMS de Teresópolis não dão conta de todas as tarefas da assistência de ensino devido ao volume de trabalho.

A pretensão é ilustrar valores, significados e sentidos sobre a educação permanente, da forma como é percebido pelos gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, conforme foi apresentado no capítulo 3.

A arena onde foi estruturado este estudo expressa significativamente a realidade social dos gestores da SMS. Neste espaço giram diversos interesses que visa compor uma saúde mais equânime e acessível à coletividade, sem

Quadro 17 – Formação acadêmica dos gestores que responderam a entrevista sobre a implantação da PNEPS no Município de Teresópolis.

Número localizador na análise de dados	Graduação do Gestor	Pós – graduação		Vínculo com a Instituição de Ensino de Nível Superior e médio da área da saúde	Faixa etária onde o gestor se encontra
		Latus Sensu	Stricto Sensu		
1	Contabilidade	-	-	Não	40-45
2	Enfermagem	sim		Sim	35-40
3	Administração	sim	Mestrado	Não	45-50
4	Medicina	sim	Mestrado	Sim	50-55
5	Enfermagem	sim	Mestrado	Sim	30-35
6	Medicina	sim	-	Sim	40-45
7	Odontologia	sim	-	Sim	45-50
8	Enfermagem	sim	-	Sim	35-40
9	Odontologia	sim	-	Sim	30-35
10	Odontologia	sim	-	Sim	30-35

Fonte: Elaborado por esta autora, após entrevistas com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, em 2006 e 2007.

desconsiderar as virtudes pessoais e as rivalidades presentes no fazer quotidiano. As práticas discursivas elas são prenhas de contradições, pois:

> "As maneiras de fazer não designam somente atividades que uma teoria tomaria como objetos. Essas maneiras organizam também a sua construção" (Certau: 2005, p.152).

As formas de fazer saúde têm relação com a pluridade sociocultural. Em cada locorregião há uma expressão própria do que se ensina e como é aprendido. Cada profissional vai exercer sua prática de acordo com sua forma de ver o mundo, ou seja como ele próprio se insere e respeita o outro.

Assim, confronta-se a alteridade social com as formas hegemônicas de "normatizar" os processos de produção da saúde. Configura-se uma arena de lutas formadas por forças geradoras regras normativas e, ao mesmo tempo reações de inadequação dos sujeitos que se subordinam.

Esta tensão está presente tanto nas esferas de gestão como na dos trabalhadores e dos usuários / coletividades. No caso de SMS de Teresópolis o número de profissionais de saúde está aquém das reais necessidades do setor saúde, gerando sobrecarga de atividades.

Na esfera municipal, também se observa a diminuição da força de trabalho impondo à gestão e aos trabalhadores da saúde atitudes "criativas" para dar conta das demandas. Em "A invenção do cotidiano 1. Artes de Fazer", Certeau (2005, p. 157) cita que:

> "na relação de forças onde intervém, a métis[14] é 'a arma absoluta', aquela que vale a Zeus a supremacia sobre os outros deuses. É um princípio de economia: com o mínimo de força, obter o máximo de efeito. (...) A multiplicação dos efeitos pela rarefação dos meios é, por motivos diferentes, a regra que organiza ao mesmo tempo uma arte de fazer e a arte poética de dizer, pintar ou cantar".

O fazer é uma forma do viver humano. As formas de realizar o fazer é que se discute no âmbito da educação permanente na saúde. Os cursos pontuais e as capacitações são necessários na adequação entre as práticas e as novas técnicas científicas. Além disso, o que se prioriza na assistência é a produção de

[14] Métis em grego supõe inteligência prática.

práticas menos medicalizantes e mais regionalizadas de acordo com os movimentos nosológicos locais.

Nesse contexto, verifica-se a atuação do gestor como formulador de políticas locais e mediador das políticas nacionais e estaduais. Nele se concentra o poder de divulgar, discutir e fomentar a participação de outros profissionais nas rodas do Pólo de Educação Permanente. Também cobrar as mudanças no sistema de saúde regional.

Assim, a orientação da PNEPS baseia-se na participação e produção da saúde junto com a coletividade. A PNEPS se constitui em mais uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, suscitando mudanças nas relações entre as pessoas e instituições. Encontra pontos de descrédito já que são políticas propostas em estado de crise permanente dos sistemas de Educação e Saúde. Além disso,

> "A realidade política e social do país, aliás, tende a intensificar as ameaças que pesam sobre o indivíduo. A violência geral, o desrespeito à cidadania, a corrupção e o descompromisso dos políticos, o desemprego e a instabilidade econômica (ora inflacionária, ora recessiva) certamente tendem a aumentar ainda mais a dissonância entre o ideal de plenitude difundido na cultura e as frustrações cotidianas" (Matheus: 2000, p.121 a 122).

O discurso dos gestores revelou o distanciamento dos formuladores da PNEPS das práticas de saúde. A dissociação entre a formulação e a implementação de políticas públicas reproduz o padrão centro-periferia. Esta hierarquização também se faz nas instituições brasileiras, que reproduzem o modelo de relação entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Segundo Campos e Costa (2004, p.2),

> "Hoje o pensamento dominante na administração pública, identificado com a tradição modernista, tem parecido inadequado para agir sobre o contexto atual de fragmentação, volatilidade e

> diversidade. As principais preocupações dizem respeito ao entendimento da natureza da realidade; aos métodos usados para detectar e entender problemas sociais; e questionamentos quanto a normatividade de suas prescrições pretensamente generalista. A complexidade dos problemas que a política pública enfrenta, acentuada pela fragmentação dos anseios e identidades e pelas desigualdades locais, propicia a ascensão de novos discursos e propostas de gestão" .

O entendimento desse contexto, citado por Campos e Costa, pelos gestores da SMS de Teresópolis sugere uma possibilidade de trabalhar segundo a necessidade de cada Município. Embora os intelectuais formuladores de políticas normalizem e discursem sobre a Integralidade das ações, regionalização e descentralização, não vivenciam os conflitos e mazelas diárias, como aqueles que atuam no campo da assistência à saúde.

Assim, Marques (1998, p.129) argumenta, em conformidade com os gestores:

> "(...) No cotidiano brotam as dúvidas, os questionamentos, os problemas de que se originam as ciências, sempre renovados inclusive pela absorção, nas práticas de cada dia, dos resultados a que chegam a pesquisa e as elucubrações teóricas".
>
> G 1, G 4, G 5 e G 6: *"Vou ser muito franca. Você quando vê um projeto, eu não sei nem se seria qualificado como projeto, mas a minha experiência na política ou com a política, que seja, é que quando se olha, a impressão que você tem é que as pessoas que fazem a política ou o projeto muito bonito, nunca atuaram na ponta, porque uma coisa é a ponta, outra coisa é você ter mestrado, ter doutorado, saber demais aquele assunto, mas nunca ter atendido".*
>
> G 7, G 9 e G 10: *"No meu caso, a Odontologia, observo o caso de uma mãe que leva uma penca de filhos para se consultar, com um "profissional que cuida de dente". Quando consegue chegar lá na unidade, tem que voltar porque não tinha material. Quem faz uma política, não tem essa vivência, não sabe dessa realidade".*
>
> G 1, G 7, G 9 e G 10: *"Então, o projeto é muito bonito dentro do que ele prescreve, do que ele estuda. Talvez, se usassem os profissionais da prática, que estão ali no dia-a-dia, lidando com o paciente, tendo que lidar com as dificuldades de acesso a unidade odontológica, com a carência, muitas vezes com a*

> *agressividade do usuário, porque ele está doente, porque ele depende do SUS, porque ele não tem recurso. Com tudo isso ele chega numa Unidade de Saúde e não é bem tratado. (...) Sabe, quem faz política pública de saúde podem ter mentes brilhantes, mas não conhecem a prática".*

Os gestores possuem uma leitura da política de Educação Permanente na Saúde muito diferente dos discursos das gestões Estadual e Federal. Quando incitados a falar sobre PNEPS, e o que ela representa para a transformação das práticas de saúde municipais, eles avivam a memória e a experiência *"de que tudo pode ser escrito, mas nem tudo pode ser executado"*, conforme a gestora de uma unidade no nível central apontou:

> G 1, G 6 e G 10: *"Eu acredito que uma coisa é o papel, a prática no papel. Papel aceita tudo, né? Eu acho que o que muda é uma conscientização da pessoa, de profissional para profissional. Isso aí não é papel, não é decretão, não é nada. Isso aí é de cada um. Uma coisa que tem que ser trabalhada longamente na vida profissional dele". (...) "você vai ter no funcionalismo público pessoas que fazem".*

A percepção do gestor mostra a ação de mais uma política pública como demanda do centro (Ministério da Saúde) para a periferia (os Municípios).

A formulação de políticas públicas de saúde deve ser precedida de orientação para os implementadores da política e uma entrada no campo para considerar a possibilidade de sua execução. Também

> Campos e Costa (2005, p.5) entendem que "a política pública não é vista como uma seqüência de ações calculadas que visam a objetivos preestabelecidos, mas sim como processo adaptativo de aprendizagem contínua. Na perspectiva posmoderna, mais do que planejamento, a política pública é contínuo enfrentamento".

Os profissionais que se encontram nas arenas dos serviços de saúde, não são indagados de como poderiam melhor implementar as metas e estratégias,

bem como os atingir os objetivos formulados para as políticas que esses irão implantar. Walt (1996, p.58) considera que:

> "(...) a ação de política pública é um processo político, e não simplesmente uma forma analítica de resolver processos: é um processo de negociação, barganha e a acomodação de diferentes interesses que refletem a ideologia do governo que está no poder. Formulação de política normalmente vai levar em conta esses interesses, e também vai ser afetado pela prioridade ou por políticas relacionadas, as finanças e outras fontes disponíveis, e a esperada resistência ou suporte. A formulação de política também é afetada bem de perto por aqueles que fazem parte dela".

> *G 1: "É muito bonito você falar de acolhimento, mas as pessoas que montam o projeto de acolhimento, por exemplo, (...) será que essas pessoas já trabalharam no pronto socorro, já tiveram que lidar com quinhentos pacientes para atender e você ter que decidir quem você vai atender primeiro, como você lidar com aquele estresse de falta de funcionários, falta de material. Então, são duas coisas muito diferentes, a realidade e as pessoas que montam os projetos ou os programas. É o que acontece. Isso eu sinto nos profissionais. O que está lá na prática ele se ressente, porque ele vê uma coisa tão diferente da realidade dele, que acaba se ressentindo, ele acaba não abraçando essa política porque ele sabe que não é daquele jeito. Talvez, se tivesse uma política mais adequada com a realidade, talvez ele abraçasse, ele aceitasse, ele se empenhasse. Ele olha aquilo, fica revoltado porque é tão fora da realidade dele que ele ignora e o projeto não vai mudar essa situação de abandono dos trabalhadores da saúde".*

> G 8: *"É só mais uma política que vem para que possamos cumprir. Seria interessante, se as regiões pudessem desenvolver seu próprio estilo de educação. O alicerce da política seria sugerido pelo órgão central, o Ministério da Saúde, mas a adequação no município seria de seus moradores juntamente com os profissionais de saúde. Só nós sabemos das nossas dificuldades, conhecemos nossas mazelas e pensamos que sabemos como enfrentá-las".*

Os gestores se sentem desafiados, diariamente, pelos limitados recursos que ganham para desenvolver uma política que libera recursos, porém centralizada no Ministério da Saúde com uma burocracia escalonada e lenta (Figura.7 p. 80).

> G 2 e G 6: *"O maior obstáculo são os profissionais que nós contratamos, cujo vínculo é com a UNIFESO, que saem do PSF, por motivos salariais. Uma das facilidades é ter em nosso Município uma instituição de ensino que vem mudando seu currículo de acordo com o cenário Nacional".*

Campos (1994, p.42) sugere uma solução para longo prazo:

> "(...) teríamos que criar sistemas de gestão que permitissem a combinação de diretrizes até agora consideradas e tidas como antagônicas. Haveríamos de inventar, na prática, novas combinações para os elementos polares que compõem binômios como o da centralização e descentralização, autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição de planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda, entre outros".

Embora os gestores vivam em situação de falta de condições de todos os tipos (financeiras, de profissionais, de espaço físico, material, entre outros), permanecem trabalhando para sanar as necessidades do momento, porém com descrédito na PNEPS.

> G 3 e G 4: *"Como fazer investimentos em uma política se não se têm tempo para realizar o básico? Como estimular um funcionário que não quer trabalhar e não se esforça para aprender nada de novo? O que se pode aprender disso? Como faço para dispensar alguém que é supranecessário ao serviço? Como fazer concursos para as várias necessidades de saúde do município, se tenho a Lei de Responsabilidade Fiscal, para dar conta? Estas são questões que repercutem no meu dia-a-dia. Não vejo saída a curto e nem em médio prazo para estes problemas. Acredito mesmo que isto seja estrutural, cultural, sei lá. Mas sei que não vou dar conta. É uma angústia. E sinceramente, não acredito que alguma política dê certo, sem uma varredura no eixo institucional deste Município".*

A saúde se movimenta, sem estruturação dos serviços e práticas, comprometendo o planejamento para médio e longo prazo. As flexibilizações realizadas por todos os níveis de gestão e pelos profissionais da saúde alimentam soluções rápidas e eficazes das demandas que justificam a distorção e

a inviabilização das políticas públicas. Isto impede a concretização da educação permanente na agenda municipal.

Os questionamentos dos gestores são pertinentes quando perguntam sobre o porquê da PNEPS descentralizar as ações de saúde e da gestão de serviços, mas centralizar os recursos financeiros no Ministério da Saúde?

O entendimento do conceito de EP ainda é precário. Sua formulação é nova e carece da experiência da ação nos espaços produtores das práticas de saúde. A intuição ainda prevalece no desenvolvimento da EP no Município de Teresópolis. Ela se caracteriza pela informalidade da organização nas unidades do PSF. A desinformação decorreu do fato de que

> G 9 e G 10: *"Como eu não conheço a Política eu não poso opinar sobre as facilidades. Mas o obstáculo que vejo é a falta de informação e divulgação das reuniões do PEPS na Secretaria Municipal de Saúde".*

Assim, no início da implantação do PSF em Teresópolis, os profissionais de saúde não estavam preparados para a complexidade e pluralidade das demandas individuais e coletivas. Embora a cidade do estudo praticasse a EP com as equipes do PSF, em suas capacitações, ressentia de uma formação mais estruturada dos profissionais que trabalhavam nas unidades de atenção básica.

> G 2, G 3 e G 4: "Quando mudamos o modelo de atenção no município, sentimos a necessidade de formar os profissionais no serviço. Não tinha mão-de-obra especializada que fosse orientada a escuta e respeito aos sentimentos e conhecimentos dos usuários. Eles não entendiam a complexidade de ser generalista, já que a maioria eram especialista em alguma área da saúde. Tanto faz médico ou enfermeiro, todos trabalhavam visando a doença do cliente. Até hoje existe aqueles que querem "day-off" e as chamadas regalias do serviço público".

Quando questionados sobre a utilização do conceito de EP no desenvolvimento das práticas de saúde, alguns gestores informaram que não

sabiam do que se tratava, pois não haviam sido esclarecidos sobre o assunto. As formas de trabalhar nas unidades secundárias e terciárias do município continuam as mesmas. Seguem o modelo médico-privatista. Apenas o Hospital Universitário participa da roda de EP, porque está ligado a UNIFESO, e quem gerencia a instituição de assistência tem o interesse de que seus custos reduzam, com a diminuição do uso das "técnicas duras" (Merhy, 2005).

Em conformidade, a alta gestão relata que:

> G2, G3 e G4: *"Por incrível que pareça, o mais difícil hoje é trabalhar a tecnologia leve nas unidades de atenção básica. A tecnologia leve não tem como ser ensinada. É uma coisa da prática, do cotidiano. Você não tem como ensinar muito. Por exemplo, o acolhimento, que é algo importante para o trabalho não é utilizado, porque tem outras tecnologias que ainda estão vinculadas às experiências e formação dos profissionais. Em vez de apalpar o usuário, manda fazer uma tomografia. Em vez de escutar e discutir a terapêutica, prefere-se prescrever medicamentos e cuidados além das posses dos clientes, é uma questão individual. Como trabalhar isso na forma da EP?".*

Os gestores esclarecem que a Educação Permanente é aplicada no cotidiano de saúde pela cultura que cada profissional acumulou ao longo de sua vida privada e profissional. O conhecimento é construído de acordo com os interesses e as necessidades de sobrevivência ou para a manutenção do equilíbrio social.

As discussões de alguns gestores informam que existem outros fatores, além do cultural, ativadores dos processos de democratização da assistência.

> G 2: *"Tem outros fatores, eu acredito. Considero que tem uma coisa que a gente traz, que é o conhecimento prévio, uma questão cultural de cada um. Uma coisa que agente vai adquirindo ali, durante a experiência, durante o processo de trabalho, durante a própria organização do serviço. Então, isso aí é, na verdade, EP. Ela propõe uma formação que venha de uma necessidade do serviço. Quando o profissional reconhece que é mais fácil fazer a terapêutica com o usuário, está caracterizado o grande despertar da EP".*

Essas impressões indicam formas ampliadas das práticas saúde nas percepções dos gestores. O modo de exercer a transformação da produção da saúde por meio dos sentidos e significados, que os indivíduos trazem para a arena conflitiva do cenário da saúde pública. Os sentidos apontam os porquês dos conflitos e das relações interpessoais, conturbadas pela cultura institucional.

> G 1: *"Sim, eu acho que usar o acolhimento, ser respeitoso e ético é de berço mesmo. É se importar, querer mudar, querer fazer o melhor, ter consciência de que é ser um servidor da saúde, do que é a saúde do outro. Eu acho que não é faculdade, não é gestor que vai impor isso ao profissional. É dele. Ou ele tem ou ele não tem. Eu tenho quinze anos de serviço público, trabalhando na saúde. Essa coisa de mudança, de se importar, de mudar as práticas, é uma coisa recente. Eu, na época que entrei na Prefeitura, trabalhava na Odontologia, tínhamos uma equipe de primeira linha. Nós já nos importávamos, nós já cuidávamos dos pacientes, nós já tínhamos interesse por eles, sem nem saber que essas palavras existiam".*

Assim, a aprendizagem significativa é a catalisadora dos interesses de quem aprende. Para tal é preciso ter material "relacionável a sua estrutura de conhecimento de forma não arbitrária e substantiva". (...) "Ensino que sejam relevantes e situem o aprendiz dentro do domínio da capacidade de aprender" (Moreira e Masini: 2006, p.23).

A significação do aprendizado aparece no ser humano com a formação do cérebro. Este órgão está preparado para aprender permanentemente, fazer conexões entre informações, é hábil para detectar padrões e aproximá-los. Ele se autocorrige, analisa as situações externas, procede às vias de interligações e faz seu autoconhecimento por meio da reflexão de si, a partir de si mesmo, e do todo. Demo (2000, p. 34 a 35) diz que a aprendizagem significativa é baseada no cérebro, pois

> "A necessidade mais importante dos aprendizes é por significatividade". (...) "Envolvem o aprendiz inteiro no processo de aprendizagem desafiador que simultaneamente engaja intelecto, criatividade, emoções e fisiologia. Favorecem as habilidades e as contribuições únicas do aprendiz na situação de ensino / aprendizagem. Reconhecem que a aprendizagem acontece na multiplicidade de contextos – sala de aula, escola, comunidade, país e planeta" (...) .

Essa concretude do aprender e reaprender se dão no dia-a-dia da assistência à saúde. Além disso, acentua-se a necessidade do profissional saber se fixar no seu ambiente de trabalho, para poder sobreviver. É estratégico. Também é perverso, pois leva em conta a multiplicidade de situações que os trabalhadores da saúde convivem e que não se dão conta.

Desse modo, os gestores passam a não acreditar em soluções mágicas, apregoadas pelas políticas, especialmente aquelas relacionadas com as mudanças estruturais da vida de quem precisa do SUS. O compromisso com os usuários-pacientes do SUS, comprometido com o "apagar incêndio", durante a jornada de trabalho. A situação não é tão somente peculiar ao profissional. Há uma dinâmica estruturada para obter soluções políticas, imediatistas e desprovidas de sentido para quem precisa de atendimento.

> *G 1: "É o que eu te falei. Eu acho que é de cada um. Se você tem dentro de si essa questão de querer fazer o melhor, se importar, de acolhimento do paciente, de você se colocar no lugar daquele paciente, você entende mais a situação apresentada. Isso eu acho que é uma coisa que se você já tem dentro de você. Quando se olha esse projeto, você abraça porque é o que você acredita realmente. Você vê expresso no papel tudo o que você sempre fez, então, você abraça, você acha que aquilo está certo e se você não tem essa vivência e hábito, você não se importar. É da forma como eu te falei, causa até uma certa revolta em quem está ali na ponta, deixando claro o que eu falei antes, que também é muito diferente a política e a prática. Talvez se fosse uma coisa mais real com a prática, talvez você tivesse adesão maior dos profissionais. Os profissionais ignoram ou fingem que estão atendendo e continuam fazendo. Agora, é culpa do profissional? Não sei se é culpa do profissional ou se é culpa da estrutura".*

Considera-se uma oportuna forma de perguntar aos gestores, quais são as possibilidades e obstáculos para implementar as políticas?

> G 3, G 4 e G 9: *"Os profissionais que estão no atendimento, não quer se ocupar com novos procedimentos. Mesmo que isso venha diminuir sua carga de trabalho. Eles fazem o que tem que fazer e vão embora. Não querem compromisso, nem cursos. Nós oferecemos, visitamos as unidades e somos recebidos como inimigos. Nós até que tentamos, mas implantar mudanças é muito difícil e requer tempo de todos. Com a prestação de contas que temos com nível estadual e com o Ministério da Saúde, não temos condições de participar de todos os eventos pertinentes à saúde, dentro e fora da cidade. Mas quando pode-se enviamos alguns profissionais para assistir as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, no período noturno, para resolver e responder o que for questionado pelos representantes. O PEPS é mais difícil. Como as reuniões são durante o dia, não podemos liberar os profissionais e nem alguns gestores do nível central, por dois motivos centrais: o primeiro é que se tirarmos o funcionário de seu posto, fico sem atendimento, já que não tenho outro para substituir. O segundo é: quando existe a possibilidade de enviarmos alguém, sem prejudicar o atendimento, o funcionário dá inúmeras desculpas para não ir. Acredito que o funcionalismo público não tem noção da sua importância para a comunidade. Ele só quer seus direitos. Deveres, isto é só discurso."*

Os obstáculos que os gestores apontaram para a implantação da PNEPS em Teresópolis foram as seguintes:

> G 1: "*O principal obstáculo são os funcionários públicos e privados que não querem trabalhar e nem mudar sua vida profissional. Já a maior facilidade é a ação dos profissionais do PSF, da Atenção Básica e secundária, que encontram apoio do Secretário de Saúde".*
>
> G 3, 4, 5, 7 e 8: *"O maior obstáculo é a falta de recursos para a implementação dos projetos de EP na Cidade de Teresópolis. O Secretário de Saúde é a maior facilidade que temos para a implantação do PNEPS. Ele é ativador do processo de ensino aprendizagem e estimula a nossa participação em todos os cursos, seminários, palestras, capacitações que pudermos participar".*

Com relação à formação dos gestores, foi mencionado que todos fazem grandes sacrifícios para se manter atualizados. Procuram estar próximo das

instituições de formação fora do município, como a Escola Nacional de Saúde Pública Dr. Sérgio Arouca (ENSP), do MS e a Universidade de Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

> G2, G7, G9 e G10: *"Nem todos os gestores tem formação para aquilo que ele está exercendo naquele momento. Isso é uma realidade nacional, não é coisa só do município. Mas na medida do possível, por exemplo, aqui a gente vê muito gestor, se qualificando de alguma forma. Isso é muito importante, principalmente quando se trata do gestor principal. Vamos falar do Secretário: ele está sempre estimulando seu quadro de profissionais a se qualificar. Uma coisa que eu acho importante aqui, é que o gestor gosta de trabalhar com acessória, com o grupo, com o colegiado, ouvindo os demais colegas e o controle social. Então as decisões são todas levadas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Tem-se uma boa relação entre a gestão e CMS. Eu mesma, enquanto gestora, dependo de muita gente para me auxiliar. Estão comigo porque confiam em mim e meu no trabalho. Isto é importante porque este modelo participativo de gestão é uma conquista do trabalho coletivo. Ninguém vai alugar nenhum sozinho. Este padrão não existe em nenhuma outra secretaria de governo de Teresópolis. Eu considero que esta história é nossa, pois construímos juntos".*

Os gestores da SMS de Teresópolis concebem o convênio das instituições de ensino superior e ensino técnico, com o SUS, como um intercâmbio positivo para o Município. Contudo, observa-se que as unidades básicas de saúde recebem alunos dos dois níveis conturbando a assistência, pois em alguns casos, o profissional de saúde também é o preceptor de alunos.

> G2, G4 e G7: *"O Município tem uma parceria com a UNIFESO, onde se processa os convênios de co-gestão da Saúde da Família e com a ETIS para formação de nível técnico para o SUS . Eu considero que é neste contexto que haja maiores facilidades em se implementar a Educação Permanente. A instituição de ensino superior, promove os cursos de especialização em Saúde da Família, cursos introdutórios, cursos específicos para o trabalho em saúde e possui uma equipe de supervisores, que mantém o foco do trabalho na educação permanente. É a*

educação no trabalho, no cotidiano. Esses supervisores visitam diariamente as unidades e isso a gente vê como uma forma de exercer a EP".

A SMS da cidade de Teresópolis tem se esforçado para conceder aos alunos a situação ideal de aprendizado nas unidades básicas e intermediárias de saúde. Há incentivo dos trabalhadores do PSF a se qualificar na própria unidade de nível superior que os contrataram. Porém, quem procura o PSF vai trabalhar pela remuneração ou em atenção ao seu perfil profissional. O profissional não tem especialização na área, age intuitivamente, adotando novas tecnologias de relações e escuta. Operam mudanças em suas práticas de saúde e contagiam o restante da equipe, principalmente quando esse profissional é médico ou enfermeiro.

Embora sessenta por cento dos entrevistados façam parte do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) ou de escolas técnicas em saúde, existe uma dupla carga de cobranças, do Prefeito do Município (Prefeito) e da própria UNIFESO. O Prefeito é funcionário licenciado da UNIFESO e também o gestor principal dos funcionários que gerem a Secretaria Municipal de Saúde. Foi gestor da saúde antes de ser prefeito, pois sua formação é médica. No cenário, da municipalidade um só mandatário de duas organizações, uma pública e uma privada, gerindo a saúde do Município. Aparentemente, não existe separação entre o público e o privado.

Os envolvidos nos processos de gestão reconhecem que às vezes as coisas se misturam, que o limite borra. Dessa forma, o gestor não tem muitas opções frete à centralização de poderes que se sobrepõe nos setores de educação e saúde. Contemplando esse universo Merhy (1997, p.98) explica que

> “os serviços de saúde têm de atuar em situações nas quais o jogo do processo de gestão do trabalho invade permanentemente o de gestão do equipamento institucional e está sempre nos limites das relações entre o público e o privado, entre a intencionalidade política e a de produção de bens, tornando-se um desafio possível para ele a busca de uma forma de ‘publicizar’ estes espaços de gestão em todas as suas dimensões, mesmo que em muitos projetos e modelos tecno-assistenciais esta forma se dê sob o modo privatizante”.

É no contexto descrito acima que analisa a implantação do PEPS em Teresópolis: primeiro, confirma-se uma certa apatia do funcionário público e privado (no caso do PSF - UNIFESO) para aceitar novos conceitos e práticas; segundo, quebrando as normas contratadas para interessar-se apenas pelos seus direitos que se cumpra o direito de ter direito, mas o direito de uns não deve prejudicar o direito dos demais de ter assegurado um atendimento de qualidade - equânime, universal e integral.

No entanto, se realiza alguma tarefa que não satisfaça seus interesses, o fazem a contragosto. Não concebem o trabalho em saúde numa rede de serviços públicos estruturantes da cidadania. “A maioria dos funcionários públicos tem oscilado entre a apatia burocrática e espasmos de corporativismo, raramente incluindo no rol de suas reivindicações qualquer defesa da Saúde Pública (...)” (Cecílio: 2004, p.43).

Esse dilema, a educação permanente sequer pode tentar enfrentar, pois ele mesmo imobiliza sua implantação. Nem todos que estão no serviço público se dispõem a mudanças: “O principal obstáculo são os funcionários públicos e privados que não querem trabalhar e nem mudar sua vida profissional” (G1).

No cerne do problema está a escala de valores que cada um da assistência tem e oferece aos usuários do serviço. Pode ser o próprio gestor, o trabalhador ou o usuário quando decide junto com a equipe de saúde ou parte dela, o que fazer para minimizar os seus problemas. Existe uma cumplicidade entre as partes, com múltiplos interesses envolvidos. Por que

> "quando as pessoas partilham dos mesmos valores, tendem a comporta-se de acordo com o que esperam umas das outras. Além disso, com freqüência tratam essa conformidade como algo de muito bom – mesmo quando parece ir contra seus interesses" (Mills: 1975, p.39).

São situações que entremeiam as relações. Mas que poderiam ser evitadas ou diminuídas, com a interferência dos gestores. São as expressões de um novo cotidiano em construção. E os conflitos mencionados, refletem uma maneira tortuosa de exercer a cidadania. Estas situações ilustram os modos de como se estrutura a gestão política, a dos serviços e técnica das localidades. Merhy (2006, p.16) defende que:

> *"(...) qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde".*

Por meio da educação em serviço, buscando a todo conflito enfrentá-los e saná-los, os gestores do sistema de saúde municipal procuram potencializar e valorizar o que se apresenta de bom atualmente, no meio dos trabalhadores. Como alguns gestores já expuseram, existem profissionais que tacitamente desenvolve a dialética da terapêutica, chamando para a responsabilidade o usuário, sobre sua saúde. É uma saída. Começar a escutar, a aprender com os

usuários, considerados inaptos a escolher o tratamento que quer para o seu corpo e vida.

> G 2 e G 7: *"Então, na verdade, as pessoas no Saúde da Família, não sabem que fazem Educação Permanente. Mas nós percebemos que este novo profissional começa a fazer isso, mesmo que de forma não sistematizada, até para poder dar conta da complexidade que ela trabalha. Então, mesmo que não seja uma forma completamente correta, vamos dizer assim. E aí, ela vê a necessidade. Respondendo a sua pergunta, o município tem feito algumas coisas. Mas existe resistência para qualificar o profissional: por parte dele e por parte da população que não quer que o médico ou o enfermeiro fique longe da unidade de saúde. Muitas vezes a qualificação dos profissionais é decidido no Conselho Municipal de Saúde".*

Merhy (1997) diz que é no trabalho vivo, é na experiência das relações, é na vivência, de quem enfrenta situações de conflito no ambiente de trabalho, que se pretende avançar com a estratégia da Educação Permanente.

Embora alguns gestores ainda não se apropriaram sequer do conceito e da estrutura normativa da política, intuitivamente entendem de regionalização e da potência dos seus usuários, como a dos profissionais.

O que se aponta na perspectiva da implantação da PNEPS no Município de Teresópolis é uma atenção às potencialidades de cada trabalhador da saúde e o fortalecimento das equipes de Saúde da Família. A alta gestão responde historiando a causa:

> G 2, G 3 e G 4*: "A Educação Permanente formal começa no Município com a instituição da Portaria 198 / GM em 13 de fevereiro de 2004 que trata da EP como estratégia do SUS. Foi o atendimento de uma necessidade que vem ao encontro às discussões que aconteciam nas equipes de Saúde da Família do Município de Teresópolis, que trabalha com a lógica da assistência ampliada de saúde. Trabalhar o acolhimento e responsabilidade compartilhada com o usuário, tem sido para os trabalhadores da saúde um aprendizado das tecnologias relacionais. A partir das necessidades que esses profissionais sinalizam a equipe de supervisores de SF, modificou a estratégia*

de inferência na prática de saúde da equipe ou do indivíduo. A formação de profissionais para o SUS era outra preocupação dos gestores de Teresópolis".

Estes relatos cumprem rigorosamente a essência de uma trajetória da saúde de muitos sacrifícios, descasos com as instituições, descrétido com quem assume os cargos de gestão pública.

As exceções existem no Município de Teresópolis. Mas contrapõe, em alguns casos aos interesses de outros servidores ou contratados que estão "trabalhando" no sistema. Considera-se uma norma, a banalização dos problemas encontrados na terapêutica. Isso causa um ciclo vicioso de conflitos e indiferença cruel, de quem pretende assistir e para quem deveria voltar o foco da assistência.

"Os homens agem uns com os outros e uns contra os outros. Cada qual leva em conta o que os outros esperam. Quando estas expectativas mútuas são suficientes definidas e duráveis, damos-lhe o nome de padrões. Todo homem espera, também, que os outros reajam ao que ele faz. A isso chamamos reações - sanções esperadas. Algumas parecem muito satisfatórias, outras não" (Mills: 1972, p.37).

No desenrolar das entrevistas a autora pergunta se os gestores da média gestão e da gestão de base já foram convidados para participar da roda de discussão do PEPS da Região Serrana. A surpresa é observar que só três dos dez gestores foram participar pelo Município. Um outro foi a pedido da UNIFESO, dos três já contabilizados. O sentimento de desvalor que incorporá-os foi bem colocada pela gestora abaixo.

> G 1: “Eu acho que o que eu senti, o que eu penso, eu continuo a sentir e a pensar. O sentimento que eu acho que fica, é de decepção. Você tem o seu pensar e por vezes olha uma política, um projeto e abraça esse projeto porque é o que você sempre fez, no que você acredita que seja certo. Porém, no desenrolar da sua vida profissional, você acaba vendo que é tudo muito bonito no papel e que as gostam de escrever bonito e falar bonito. Se importar de verdade é diferente. Se importar é, talvez, você montar uma política com palavras menos bonitas, mas indicações ações efetivas”.

Ainda assim existem gestores que não entendem o conteúdo da Política. Dos dez gestores entrevistados, dois da gestão de base não entenderam o que era educação permanente; cinco da gestão intermediária, tinha ouvido falar mas não tinham certeza do que estavam falando. Dois desses gestores haviam participado uma vez a pedido do gestor acima deles; e três da alta gestão, entendiam e participavam do Pólo de EP da Região Serrana.

> G 1, G 5, G 6, G 7 e G 8: “*Eu escuto um pedaço ali, mas eu não sei te explicar. Se for pedido para definir, eu não saberia definir. Eu confundo Educação Permanente com as palavras que eu uso muito, educação continuada. Eu não sei direito o que é um, o que é outro”.*

Estas são as vozes dos gestores da saúde de Teresópolis. Ora pulsante e seguro de sua posição, quando descreve sua experiência enquanto funcionário público. Ora mantém-se omisso diante das instituições que outorga sua sobrevivência no mercado de trabalho. Contudo, os gestores da SMS continuam praticando a EP por meio de seus conhecimentos, aproveitando para aprender e ensinar com as coletividades, pois é uma situação permanente e acrescida de novidades no dia-a-dia. Isto é fato.

A autora deste estudo acrescenta as entrevistas os trejeitos e as diversas expressões que deram um tom mais otimista a implantação da PNEPS no Município de Teresópolis e as fáceis de rejeição e descrétido pela mesma sujeição política. O registro ficará apenas com quem presenciou as entrevistas, mas a autora descreve que é enriquecedor estar próximo do campo de estudo, para entender os pormenores de cada palavra e expressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS) no Município de Teresópolis, sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, revelou dados de grande complexidade intersetorial para sua implementação.

O Município de Teresópolis apresenta características semelhantes às dos outros municípios que compõem a Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Contudo, é o terceiro mais povoado da região, assim como também mantém a mesma classificação quanto ao PIB e à renda *per capta,* aquém, respectivamente, dos municípios de Petrópolis e de Nova Friburgo.

No que concerne à educação, em 2005, o município apresentava uma rede pública de ensino composta por 34 pré-escolas, 83 escolas de ensino fundamental e 8 de nível médio. Também mantinha cursos de formação técnica, gratuitos em saúde. Até o final de 2006, não havia oferta de ensino superior público na municipalidade.

Quanto ao setor saúde, em 2005, o município dispunha de 12 unidades do PSF acompanhando 47.612 pessoas, 4 Unidades Básicas de Saúde gerando 18.000 atendimentos e 1 unidade hospitalar conveniada do SUS - Hospital Universitário da UNIFESO -, para uma população estimada em torno de 150.000 habitantes (Quadro 3, p.31).

Como decorrência, em 2004, o Município de Teresópolis apresentava um índice de analfabetismo de 12,51% associado a índices de mortalidade infantil de 17,8 % Também detectava uma evasão escolar de 4,23%. Conseqüentemente, a análise desses dados indica uma importante crise envolvendo os setores da

Educação e da Saúde públicas, indubitavelmente, contribuindo para um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,79, aferido para o ano de 2000.

Portanto, esse panorama pressupõe importantes obstáculos aos gestores municipais da consecução de melhores indicadores da qualidade de vida, envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde e da Educação. Ademais, esses dois segmentos de gestão apresentam uma interdependência estrutural, cuja pertinência do atual estudo vai de encontro àquela que remonta aos objetivos da PNEPS.

Assim, foi em atenção à maior permeabilidade entre as Políticas do Ministério da Educação e Cultura e as do Ministério da Saúde que se originou a PNEPS. Primordialmente, uma política proposta para responder as lacunas e desencontros dessa intersetorialidade. A PNEPS ocupou-se, especificamente, com a capacitação de recursos humanos no SUS.

O enfoque pedagógico eleito pela PNEPS, visando suprir as demandas de Educação Permanente dos trabalhadores da saúde, preconiza como metodologia didática a problematização do cotidiano das ações em saúde. Conseqüentemente, diferencia-se do ensino das diversas graduações da área da saúde, vinculado à Biomedicina, daquele centrado no exercício de suas diferentes práticas - mais comprometido com a Integralidade de suas ações específicas em saúde.

Assim, a PNEPS garante autonomia da Educação Permanente em concomitância com a Educação Continuada. Porém, a despeito da qualificação dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e de suas vinculações com o ensino superior (UNIFESO), os projetos encaminhados a PNEPS aguardam, há três anos, deliberação. A PNEPS, diferentemente da Política Nacional de

Humanização da Atenção e da Gestão em saúde (PNH), fomenta ações em prol de sua materialização por meio da liberação de recursos financeiros.

Paradoxalmente, a PNEPS assim como a PNH, atuantes no SUS, preconizam a descentralização de suas ações em prol do protagonismo e da autonomia participativa, tanto dos trabalhadores da saúde como dos usuários e seus familiares. Outrossim, a Educação na formação de sujeitos críticos e atuantes na construção da cidadania.

Portanto, a PNEPS tem sua materialização associada à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente no aporte de demandas das comunidades que não são supridas pelas diversas categorias da área da saúde. Contudo, o estudo observou a sobreposição de atividades de educação formal, para alunos do nível médio e da UNIFESO, no âmbito das unidades do PSF, em detrimento das assistenciais, que lhes são específicas.

Desse modo, grande parte dos gestores e dos profissionais da saúde apresenta vínculos empregatícios híbridos – público e privado. É difícil pensar na viabilidade de uma política pública de educação problematizadora nesse campo tensionado por interesses e ideologias díspares. Esse território, formalmente apresentaria as condições ideais para a implementação da PNEPS: um Prefeito diretor da UNIFESO afastado, que tem experiência como Secretário Municipal de Saúde que é um dos obstaculizadores do processo.

CONCLUSÃO:

Os gestores da Secretaria Municipal de Saúde evidenciaram a dissociação entre a formulação e a implementação da PNEPS, denunciando o distanciamento dos formuladores da política de Educação Permanente com a realidade da gestão do trabalho em saúde pública.

A questão da centralização burocrática do financiamento dos projetos e a descentralização das ações foram apontadas pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis. O estudo demonstrou que a capacitação dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde avalizou a execução dos projetos do Município de Teresópolis para a PNEPS, principalmente pelo envolvimento com atividades docentes na UNIFESO. A desmotivação detectada nos gestores entrevistados decorreu da escalonada centralização da burocracia para a aprovação e a liberação de recursos.

A despeito da demora na aprovação dos projetos, cerca de três anos, o Pólo de Educação Permanente da Região Serrana é um dos mais atuantes do Estado do Rio de Janeiro. Embora haja participação dos gestores da SMS, dos Conselhos Distritais e Municipal, notou-se que ainda é pequena a participação do segmento dos trabalhadores e usuários do SUS. Essa desmobilização decorreu dos baixos investimentos na divulgação da Educação Permanente nos locais de trabalho e, conseqüentemente, baixa motivação na participação das rodas de consenso.

Finalmente, a pesquisa identificou como o paradoxo da implementação da PNEPS no Município de Teresópolis seu próprio PSF. Esta instância do SUS, que deveria se constituir como um cenário propício à materialização da PNEPS, não

cumpre sua missão fundamental com a assistência comunitária, tampouco suporta a sobrecarga de ensino que se lhe sobrepõe.

Este fato não poderia ser correlacionado com os elevados índices de mortalidade infantil? Também não poderia a baixa participação comunitária nas rodas de consenso? Será que o ensino formal, centrado na Biomedicina, se faz em detrimento da Integralidade das ações inerentes ao PSF? Será que os projetos do Pólo de Educação Permanente para a PNEPS são factíveis neste cenário do PSF? Neste caso particular, até que ponto a materialização de um Programa (PSF) inviabilizaria uma Política (PNEPS)?

Estas interrogações podem servir de indicação para outros investimentos em futuras pesquisas acadêmicas ou pesquisa-ação visando, prioritariamente, um pacto de gestão pela Integralidade do SUS no Município de Teresópolis.

Finalmente, as aparentes condições políticas ideais, estabelecidas entre a SMS e a UNIFESO, são inviabilizadoras da implementação da PNEPS. Além disso, o próprio processo de acreditação dos projetos encaminhados para o MS estão sendo aguardados há três anos pela SMS de Teresópolis. Logo, o estudo demonstra graves problemas centrais e periféricos na consecução da PNEPS.

Recomendações:

- Priorizar a participação dos trabalhadores e usuários do SUS no Pólo de Educação Permanente;
- Incorporar nas rodas de conversa a reflexão sobre as próprias práticas de trabalho em saúde.
- Disponibilizar textos da Política de Educação Permanente para as discussões das unidades de saúde;
- Indicar gestores e trabalhadores para realizarem o curso de facilitador em EP;
- Solicitar maior participação do Controle Social nas decisões do Pólo de EP da Região Serrana;
- Promover cursos como as especializações em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde;
- Capacitar o nível médio da Secretaria Municipal de Saúde, dando oportunidades para a coletividade de também buscar formação na área da saúde.
- Fazer parcerias com a UERJ e a ENSP a fim de oferecer aos profissionais de nível superior o mestrado profissional em Educação e Saúde;
- Reavaliar o Programa de Saúde da Família quanto às suas atribuições básicas; e
- Diferenciar assistência de ensino sem prejuízo de ambas as funções.

Bibliografia:

_____. Plano Municipal de Saúde de Teresópolis. Teresópolis, RJ: mimeo, junho de 2002. Prefeitura Municipal de Teresópolis. 108p.

_____. Projeto de Implantação do Pólo de Educação Permanente da Região Serrana do estado do rio de Janeiro. Rio de Janeiro: mimeo., 2004. Secretaria de Estado de Saúde / RJ. 43p.

BAPTISTA, T.W.F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele.** In Textos de apoio em políticas de saúde. / Organizado por Escola Técnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2005. 240p. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Editora Ática, 2006. 71 p.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 10. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 11, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: **o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde.** Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da saúde / FIOCRUZ, 2005. V.1,2,3,4,5.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro,2004. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/Portarias/PT2004/portaria0198.htm>. Acesso em 19 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Brasília: CNS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Saúde. **Curso de formação de**

facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem –práticas educativas no cotidiano do Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005b.

BRASIL. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Presidência da República 1990. <https://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI.8080.pdf>. Acesso em: 19 mar. de 2005.

BRASIL. **Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Presidência da República 1990. <https://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI.8142.pdf>. Acesso em: 19 mar. de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente.** Brasília: 2004. 68p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CAMPOS, G.W.S **Reflexos sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde.** In Cadernos da Nona. Descentralizando e democratizando o conhecimento. UnB Brasília, 1992:39-42.

CAMPOS, P.C.C. **Peregrinação no Sistema Único de Saúde: experiência da sala de acolhimento na porta de entrada hospitalar, 2006**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Ministério da Saúde.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência, saúde coletiva.** V. 10, nº 4. Rio de Janeiro, out. / dez. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis, vol. 14 nº 1. Rio de Janeiro, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. Org. **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994. 335 p.

CERTEAU. M. **A Invenção do Cotidiano. 1. Artes de fazer.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 351p.

CORDEIRO, H.A. **As Empresas Médicas.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H.A. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. 184p.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** 3ª. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

DEMO, P. **Participação é conquista.** 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 1996. 176 p.

DURKHEIM, E. A educação como processo socializador: função homogeneizadora e função diferenciadora. In: PEREIRA, L. e FORACCHI, M. A. (Orgs.). **Educação e Sociedade**. São Paulo: Companhia editorial Nacional, 1978, p. 35-48.

FEUERWERKER, L.C.M. **Modelos tecnoasistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface – comunicação, Saúde, Educação. V.9 n.18. Botucatu, SP set./dez. 2005.

KUITKO, M. Nas brechas da crise: racionalizando a assistência médica previdenciária e fortalecendo o setor público – a construção do plano CONASP. In **Divulgação em saúde para debate,** Rio de Janeiro: CEBES, v.28, julho 2003. p.53-55.

MATHEUS, T.C. **Individualismo e desejo contraditório na formação de grupos.** P.116 a 129. In: MOTTA,F.C.P. e FREITAS, M.E. Orgs. **Vida psíquica e organização.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 152p.

MATTA, R. et al. Brasileiro: Cidadão? São Paulo: Cultura Editores Associados, 1997. 268 p.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2ª Ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994. 310p.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 300p.

MENDONÇA, M. H. M. **"Práticas de avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera pública no SUS".** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484p.

MERHY, E.E. et. al. **O trabalho em saúde: Olhando e experenciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 145p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación Permanente em Salud – uma estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo em salud.** Revista Salud Coletiva, volume 2, número 2, mayo / agosto, Argentina, 2006.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde.** In Cadernos da Nona. Descentralizando e democratizando o conhecimento. UnB Brasília, 1992:39-42.

MILLS, W.C. A Imaginação Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975. 246 p.

MINAYO, M.C.S. (Organizadora). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade.** 24ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOREIRA, M.A. e MASINI, E.F.S. Aprendizagem Significativa: a Teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro Editora, 2006. 111p.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária.** Salvador, BA: ISC – Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais.** In ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.473-487.

SERRA, C.G.S. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro, 2003**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS / UERJ.

SILVA JUNIOR, A.G. da. Modelos tecnoassistênciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. – São Paulo: Hucitec, 2006

TEIXEIRA, S.M.F. **Descentralização dos serviços públicos de saúde: dimensões analíticas.** In Cadernos da Nona. Descentralizando e democratizando o conhecimento. UnB Brasília, 1992:39-42.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Editora Atlas, 1987.

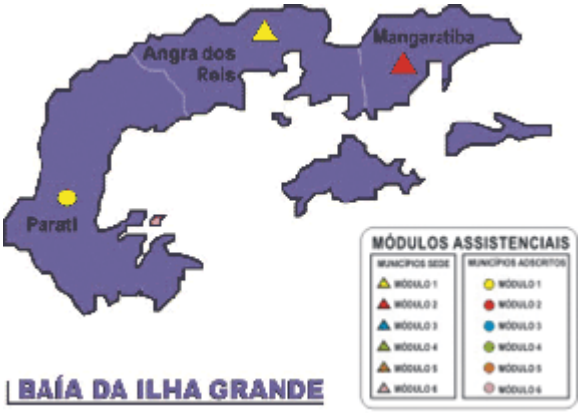
VIANA, A.L.D'.; LEVCOVITZ, E.; DAL POZ, M.R. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. In **Physis: Revista de saúde coletiva** – vol.11, n.2 (2001) – Rio de Janeiro: UERJ / REDE SIRIUS / PROTAT, 2001. p. 11 – 17.

ANEXOS

ANEXO 1: Microrregiões de Assistência à Saude.

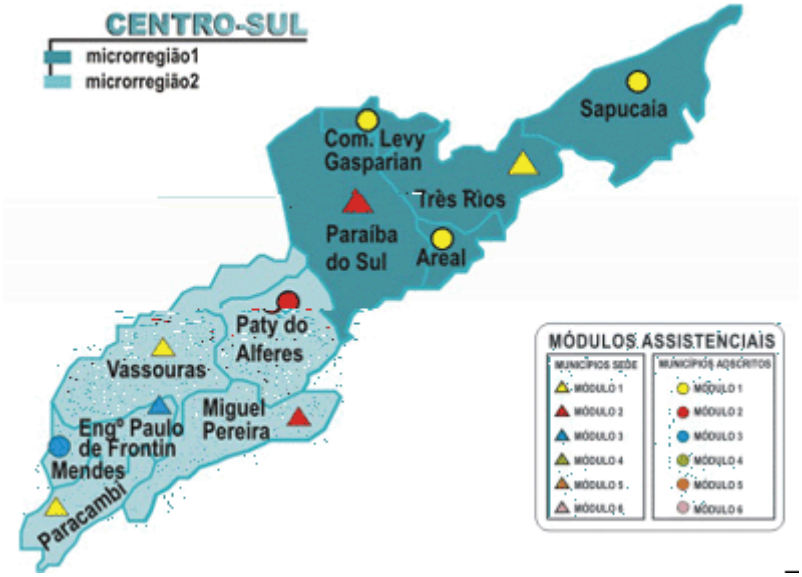
O Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria de Estado de Saúde, atendendo a Norma Operacional de Assistência (NOAS 2001), formalizou através de pactuações com os gestores Municipais, o Planejamento Estratégico da Regionalização da Assistência à Saúde. A principal finalidade é a de melhorar os fluxos regionais e / ou legalizá-los possibilitando a integração de ações em saúde num dado território que se assemelhe em questões epidemiológicas e demográficas, construindo os sistemas funcionais de saúde. Para elaborar Plano estratégico de Regionalização da Assistência à Saúde, foram discutidos entre gestores, profissionais da saúde e usuários, temas como a regionalização da Atenção Básica, a regionalização da média e alta complexidade e a formação das unidades assistenciais. Em 2001 a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e o Conselho Estadual de Saúde (CES) aprovaram o desenho das microrregiões de assistência a saúde, divididos em oito regiões geográficas, pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE), (Figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) expostas abaixo. Dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES / RJ).

Região da Baía da Ilha Grande: Mangaratiba, Angra dos Reis e Parati.

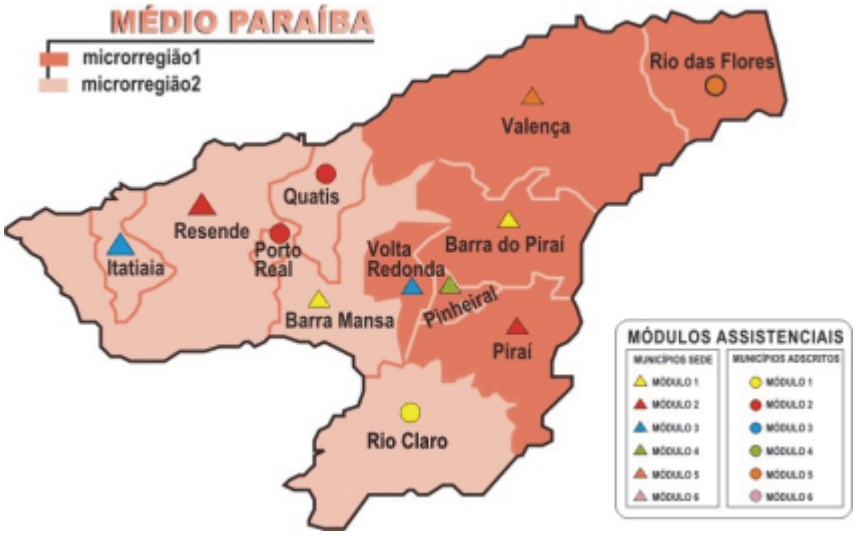


Região da Baixada Litorânea: Rio das Ostras, Casimiro de Abreu, Cabo Frio, Armação de Búzios, São Pedro da Aldeia, Iguaba Grande, Arraial do Cabo Araruama, Saquarema.

Região Centro-Sul: Sapucaia, Comendador Levy Gasparian, Três Rios, Paraíba do Sul, Areal, Paty do Alferes, Vassouras, Miguel Pereira, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Paracambi.



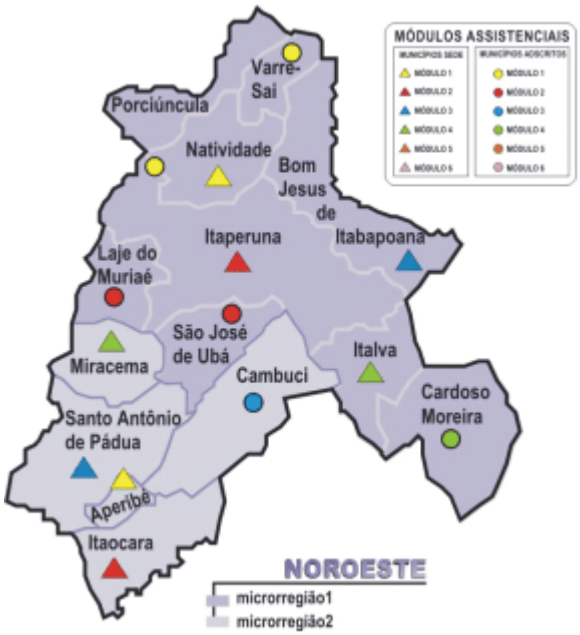
Região do Médio Paraíba: Itatiaia, Resende, Porto Real, Quatis, Barra Mansa, Volta Redonda, Barra do Piraí, Valença, Rio das Flores, Pinheiral, Piraí e Rio Claro.



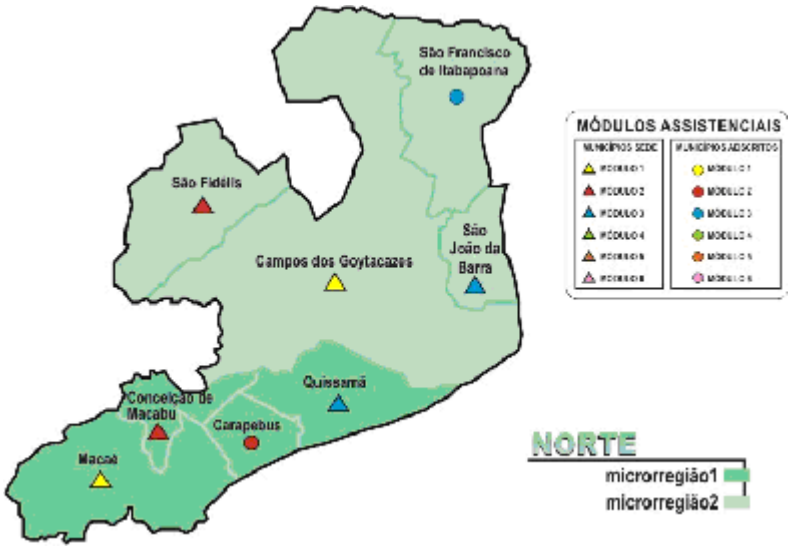
Região Metropolitana I: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti, Belford Roxo, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados, Japeri, Seropédica, Itaguaí.

Região da Metropolitana II: Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Marica, Tanguá, Rio Bonito,silva Jardim.

Região Noroeste: Aperibé, Itaocara, Santo Antônio de Pádua, Miracema, São José de Ubá, Cambuci, Italva, Cardoso Moreira, Laje do Muriaé, Itaperuna, Natividade, Bom Jesus do Iatabapoana, Porciúncula e Varre-Sai.



Região Norte: Macaé, Conceição de Macabu, Caperebus, Quissamã, Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Francisco de Itabapoana, e São Fidelis.



Anexo 2:

Roteiro de Entrevista semi-estruturada:

1- O que entende por Educação Permanente?

2- De acordo com sua trajetória o que te leva a pensar e produzir na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)?

3- Como se deu a implantação do PEPS no Município de Teresópolis?

4- O que você entende por Prática de Saúde?

5- Como você pretender desenvolver a Educação Permanente no seu cotidiano profissional?

6- Aponte limites e possibilidades à implantação da PNEPS na Secretaria Municipal de saúde de Teresópolis?

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado(a) **Política Nacional de Educação Permanente no SUS: um estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis em 2006,** desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é [coordenada / orientada] pela Drª Anna Maria Campos a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 2587-7383 ou e-mail annamaria@uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é: **Estudar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, no ano de 2006, sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis.**

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

O(a) pesquisador(a) principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Teresópolis, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO 4: As principais Atas das Reuniões do Pólo de Educação Permanente da Região Serrana.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
FACULDADES UNIFICADAS

Reunião do Colegiado do PEP-SUS - Região Serrana

Realizado no dia 21/10/04 na FESO

Participantes: Edneia T. Martuchelli Moço (FESO – Teresópolis); Lidia Maria Franco Cardoso (FESO-Teresópolis); Adriana Nunes Chaves (FESO-Teresópolis); Leda Jung dos Santos (FESO-Teresópolis); Renato Gomes de Mello (Usuários – CMS-Teresópolis); Jacqueline Souza Pereira (S. M - Cachoeira de Macacu); Marcos Antônio dos Santos Souza (S.M – Cachoerira de Macacu); Antonio Carlos Oliveira Júnior (Secr. Saúde - São José do V. Rio Preto); Luiz Felipe da Silva Pinto (FESO-Teresópolis); Denise de Mello Bobany (FESO-Teresópolis); Norma de S. Thiago Pontes (Prof. Saúde); Anselmo Dias de Carvalho (Prof. Saúde); Helena B. Telles Falcão(FESO-Teresópolis); Maria Zeneth de Carvalho ( ); Humberto Banal Batista da Silva (Prof. Saúde); Márcia Adriana Leite Silva (Acad.); Neilton Lima (CMS - Friburgo); Paulo José T. Camadaroba (FESO-Teresópolis); Josenira Célia dos Reis Alus (ETIS); Walter Barbosa Moreira (Secr. Saúde - Teresópolis); Eliane Medeiros (Nova Friburgo); Alexandre Teixeira Trino (FONF – N. Friburgo); João Henrique Verly Serrão (FONF – N. Friburgo); Derly Streit (FASE - Petrópolis); Glória Maria de Carvalho (Secr. Saúde – RJ); Roseli Santos da Cruz (Secr. Saúde - RJ); Katia Cristina Felippe (FESO-Tesresópolis).

Assuntos abordados:

- Apresentação do Relatório Preliminar da Oficina do PEP – São José do Vale do Rio Preto;
- Discussão do Relatório Preliminar;
- Apresentação do Projeto do PEP-SUS-RJ -Região Serrana;
- Discussão do Projeto;
- Cursos de Tutores em Educação Permanente pela ENPS/FIOCRUZ;
- Vigilância em Saúde – Rede de Formação de RH em vigilância em saúde;
- Levantamento de “expertise” loco-regional na temática.

Desenvolvimento:

Abertura feita pela Profª. Edneia T. Martuchelli Moço definindo a apresentação e discussão do relatório preliminar propondo assim o fechamento do projeto do PEP-Serrana, alertando que tal medida se faz necessário em função da reunião CIB, que se realizará no dia 11/11/04. Dando seguimento a reunião a Profª. Josenira apresentou a Planilha Preliminar do PEP que foi elaborado no dia 09/09, feita com a participação do Colegiado, em São José do Vale do Rio Preto, ressaltando que o Grupo Técnico aprimorou a planilha. Foram detectadas a insuficiência de THDs e ACDs no SUS. Com isso, foram propostos programas multiprofissionais para os egressos dos cursos de graduação na área de Saúde com a realização de cursos de atualização para os profissionais que atuam na Região Serrana. A Profª. Josenira informou o COREN determina que o cargo de Auxiliar

de Enfermagem será substituindo por Técnico de Enfermagem num prazo de 2 (dois) anos, e que o pós-médio em Saúde da Família regulamentado pela LDB capacitará 40% dos profissionais em 6 (seis) meses. Ressaltou ainda a importância de atuação dos profissionais de nível médio/técnico/superior nas unidades hospitalares de emergência. Foi proposto pelo grupo a capacitação de 1(um) profissional por equipe de plantão em cada unidade, o que propiciaria o quantitativo final de 160 profissionais (multiplicadores).Nessa ocasião também foi determinada atividades de educação através de 4 oficinas por micro-regiões, com 20 profissionais por oficina , até 2005. A capacitação de técnicos em Vigilância Ambiental, Sanitária e Epidemiológica será feita por programas de educação à distancia e cursos de capacitação nessa área deverão ser construídos. Quanto à saúde mental, serão realizados 4 cursos de atualização em Saúde Mental Comunitária (consensuados pelos participantes), voltado para as Unidades Básicas da Familia, ao invés de Cursos de Especialização. O Prof. Paulo de Sá referiu-se ao desenvolvimento de oficinas para estruturação e a necessidade de se promover um seminário loco-regional com a finalidade de provocar as mudanças necessárias nas instituições. A Profª. Ednéia lembrou que o eixo de formação curricular não foi discutido em São José do Vale do Rio Preto. Comunicou que a coordenação do Curso de Informática está participando de um processo de seleção junto ao Ministério da Saúde na área de Educação à Distância, sugerindo a inclusão do nome "Informática" no subeixo de Informação em Saúde, o que foi aprovado por todos. Foi discutida também a questão da divulgação do Pólo nas suas áreas de atuação e a ultilização da mídia local através da Assessoria de comunicação dos municípios para tal fim. A Profª. Edneia propôs marcar uma reunião com a Secretaria Executiva para levantar o custo e uma reunião com o colegiado, e fazer a proposta com apresentação da planilha. O Profº. Luiz Felipe após consultar o Professor José Inácio, observou que o(s) nome(s) da(s) instituição(ções) executoras de cada projeto devem constar no PEP, pois o Ministério da Saúde irá demandar toda a documentação da instituição para repassar os recursos de cada subprojeto. A Profª. Edneia sugeriu que cada Grupo/ Instituição pactue suas necessidades e interesses devido o prazo da CIB que já esta estabelecido e depois se trabalhe especificando os executores de cada subprojeto. Abordou ainda o Curso de Tutores e Facilitadores comunicando o número de vagas e fazendo a leitura o edital. A Profª. Glória esclareceu que o número de tutores foi determinada de acordo com a população de cada município e unidades básicas. A seguir foram determinadas pela plenária os critérios adotados para inscrição e escolha dos interessados em fazerem o curso, de acordo com o Edital apresentado. A plenária, após discussão estabeleceu parâmetros para a comissão (Antonio Carlos de Oliveria Júnior, Luiz Felipe Pinto, Norma Thiago Pontes) que avaliará no dia 29-10 pela manhã os currículos enviados até o dia anterior. Os pre-requisitos pactuados (além do Edital) foram: experiência com formação em atividades de educação em saúde, desenvolvimento de atividades didático-pedagógicas, participação no processo de formação do PEP-Serrana, experiência em tutoria do PSF, coordenação de programas, presidência de Associações, membros de comissões e ter comprovada a disponibilidade horária de 20 (vinte), *declarada pela Instituição.* A Profª. Edneia informou que a FESO fez adesão à formação de Vigilância em Saúde, solicitando por e-mail inserção do PEP. A próxima reunião do Colegiado ficou marcada para a terceira 5a feira de novembro de2004, dia 18-11 na FMP-FASE, Petrópolis. Fica marcada uma reunião extraordinária para o dia 29-10 na FESO para seleção e divulgação dos candidatos a tutores (lista a ser enviada a ENSP), além da aprovação da versão final do Projeto PEP-SUS-Região Serrana (com planilhas dos subprojetos), faltando apenas orçar cada subprojeto e definir as instituições/órgãos

executores de cada subprojeto (nomear um a um os executores de forma não genérica, conforme recomendação do Prof. José Inácio).

Reunião do Colegiado do PEP-SUS - Região Serrana
Realizada no dia 18/11/2004 - FASE – Petrópolis

Participantes: Derly Streit; Vânia Werneck; Edneia T. Martuchelli Moço; Paulo K. de Sá; Glória Maria de Carvalho; Kátia Cristina Felippe; almir Calheiros; Norma de S. Thiago Pontes; Maria Zenith Nunes Carvalho; Jacqueline Souza Pereira; Daniele Pereira Guimarães; Ronaldo Marinho; José Amaro V. de Castro; Alexandre Teixeira Trino; Humberto Banal Batista da Silva; Vania Lopes B. Werneck de Carvalho; Anselmo Dias de Carvalho; Helena Falcão; Dalvanir Ilario de Lima; João Henrique Verly Serrão; Lidia Maria Franco Cardoso; Leda Jung dos Santos; Josenira Célia dos Reis Alves; Claudia M. de Vasconcelos Midão; Maria de Fátima S. Moreira Jorge; Adriana N. Chaves; Maria Cristina R. G. Ezequiel; Attilio Valetim, e o acadêmico Erivelton Cordeiro Carvalho.

Assuntos abordados:

- Informes
- Seleção de tutores
- Projeto PEP-SUS – Região Serrana
- Termo de referência
- Fluxo de encaminhamento dos projetos ao PEP - Região Serrana
- Indicação dos representantes para o Fórum Estadual Permanente
- Assuntos Gerais

Desenvolvimento:

Abertura feita pela Sr.a Vânia Werneck representante da SMS Petrópolis , dando boas vindas aos participantes. Dando seguimento feito os seguintes informes: 1) Dias 8 e 9 de dezembro acontecerá em Brasília Reunião da Residência Médica/ Fórum de Especialidades em Saúde. 2)Pouca participação dos gestores provavelmente ao momento que vivem os gestores municipais (por eleição) – importância de reforçar a participação de técnicos das Secretarias. Os Secretários deverão indicar os representantes oficialmente. 3) Em relação a Seleção de Tutores a Profa Derly informa que recebeu a convocação e compareceu ao local agendado, no dia e horário previsto. Paulo Sá disse que recebeu o recado na secretária eletrônica no sábado a noite e já estava com compromissos agendados, solicitou então troca do dia e horário da entrevista. A Profa Edneia não conseguiu trocar o dia de sua entrevista e a Adriana informou não ter recebido comunicado para a entrevista nem por e mail , nem por telefone. Glória (SES) informou que a região metropolitana teve algumas dificuldades neste processo de encaminhamento para a seleção de tutores. Foi acordado que estes fatos devem ser relatados e encaminhados aos responsáveis. O Pólo da Serrana deverá se posicionar através de ofício.

FLUXO/PRAZO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETOS PARA O PEP

1. Encaminhar à Secretaria Executiva
2. Secretaria Executiva encaminha às Comissões Técnicas – avaliação: relevância
   Coerência
3. Eixos:
   - Saúde da Família
   - Urgência e Emergência
   - Vigilância Saúde/Epidemiológica
   - Saúde Mental
   - Gestão de Sistemas de Saúde
   - Controle Social

OBS: Proposta de constituir uma comissão de 12 membros / 4 membros (pareceristas) devem aprovar o projeto a ser apresentado e pelo menos 02 devem estar presentes na apresentação no colegiado. O colegiado poderá aprovar, reprovar ou colocar em exigência. As prioridades serão estabelecidas de acordo com o projeto. Caso tenha 02 projetos com o mesmo objeto estes deverão ser analisados pela mesma comissão. O fluxo será estabelecido, para que se possam encaminhar, desde já os projetos à Secretaria Executiva.

4. Colegiado – Apreciação – 15 dias – recebe o parecer e aprecia na reunião.
5. Segue o fluxo – CIB – COSEMS – CES
6. Prazo : Secretaria Executiva para Comissão Temática – 7 dias úteis
   Comissão Técnica para o Colegiado – mínimo : 30 dias
   Máximo: 60 dias

Instituições que irão compor as comissões e deverão encaminhar a indicação dos representantes à Secretaria executiva em 5 dias úteis: (até 01/12/04 pelo e-mail: ccbm@feso.br ou por fax (21) 2642-6644 – A/C Profª; Edneia Martuchelli).

1.CMS Teresópolis
2.SMS Petrópolis
3.FMP/FASE
4.CMS Petrópolis
5.ETIS
6.HCT-CO / HAC
7.FONF
8.FESO
9.SMS Cachoeira de Macacu
10.SMS Teresópolis
11.SMS Nova Friburgo
12.Rep. Estudantil

Indicação dos representantes para o Fórum Estadual Permanente de acordo com as Portarias SES-RJ 2553 e 2559.

Titular : Derly Streit
Suplente: Alexandre Teixeira Trino

Assuntos Gerais:

A Prof.a Edneia informou estar remetendo o boletim da ABRASCO ao colegiado e solicitou que os participantes que estão com problemas de receber os e mails que enviem mensagem retornando a informação/dificuldade.

Marcada a 1ª Reunião CT – 03/12 Local : FONF - Nova Friburgo – 14:00 h

Próxima Reunião do Colegiado – 16/12 – 9:00h , na FESO - Teresópolis

(Confraternização e Amigo Oculto) – Todos deverão trazer um presente para participar.

Encerrada a reunião às 11:30h.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
FACULDADES UNIFICADAS

Reunião do Colegiado do PEP-SUS - Região Serrana

Realizada no dia 03/02/2005 na FMP/FASE

Participantes: Norma de S. Thiago Pontes (Prof. Saúde); Josenira Célia dos Reis Alves (ETIS); Alexandre Teixeira Trino (FONF – N. Friburgo); Maria Cristina Gonçalves (FMP/FASE); Sheila Silva Rodrigues (H. Casa da Providência); Atíllio Valentini (H. Alcides Carneiro); Nilseia Vieira de Pinho (ETIS); Helena de Barros Parente Telles Falcão (Ass. Pedagógica – CCBM/FESO); Glória Maria de Carvalho(Secr. Saúde RJ); Adriana Nunes Chaves (Coord. U.B.S/FESO); Derly Streit (FMP/FASE); Ruy Kux (FMP/FASE); Leda Jung (Prof. Saúde); Norma de S. Pontes (Prof. Saúde); Ana Lúcia Jezuíno (ETIS); Humberto Banal (Hospital Alcides Carneiro); Vania Werneck ( ); Claúdia Oswaldo Luz Vilardo ( ).

Realizada no dia 03/02/05 às 9:00h na Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP/FASE), a reunião do PEP-SUS Região Serrana foi iniciada pela leitura da Ata da reunião anterior com a aprovação de todos os presentes e seguida da apresentação da pauta que será discutida na reunião. Primeiro item a ser abordado foi relacionado a formulação de critérios para submissão de projetos, critérios esses que foram trabalhados na reunião do dia 16/12/2004, e que deixaram dúvidas quanto a necessidade do coordenador do projeto ter ou não a titulação de mestre, quanto ao termo "científico" adotado na descrição do projeto e quanto a apresentação de edital. Tal fato se deu em função dos critérios não terem sidos socializados por todos do grupo. Segundo o grupo o critério adotado com relação ao coordenador do projeto ser mestre vai de encontro à proposta da educação permanente. Foi concluído com relação a esses temas que na leitura dos critérios determinados na reunião anterior alguns adendos foram acrescentados para maiores esclarecimentos e que essa discussão voltará acontecer na próxima reunião a ser marcada quando todos já terão tido conhecimento. Foi abordado a seguir uma avaliação feita por representantes de Teresópolis e Petrópolis quanto as eleições municipais realizadas no ano passado e suas implicações com relação ao PEP. Os professores Adriana e Banal falaram sobre seus municípios esclarecendo que não há política de mudança visto que houve reeleição. O grupo concordou entretanto que faz falta um representante da secretaria de saúde que seja interlocutor e faça mediação entre o Pólo e a própria secretaria. Também foi discutida a ausência de participantes do Pólo o que leva a falta de socialização dos projetos e consequentemente o andamento dos trabalhos. Foi sentida a falta Maninho às reuniões e não está esclarecido para o grupo se ele continua no COSEMS. Dr. Humberto Banal não ocupa mais a função no Hospital Alcides Carneiro, sendo substituído pelo prof. Atílio que indicará quem ficará como representante do H.U no Pólo. Alexandre fala por Nova Friburgo onde a prefeita foi reeleita e provavelmente continue também com o trabalho do Pólo o mesmo acontecendo com Trajano e Cachoeira de Macacu, onde existe uma política favorável ao PEP. Glória informa que os projetos passaram na CIP, e que o projeto da região serrana esta ainda no CDRH, pede que se providencie o mais rápido possível pois a reunião será no dia 18/02. A Professora Derly torna ressaltar que foram indicados nomes para interlocução junto ao estado, mas que nunca houve convocação, sugere que deveria haver reunião de representantes da secretaria estadual com a secretaria executiva do PEP. Outro assunto abordado diz respeito a avaliação dos projetos enviados a

secretaria e seus critérios que deveriam ser claros para todos, faltando então uma comissão técnica que desempenhasse tal papel. Comunica ainda que está indicada pela ABEM nacional como representante e que será voz ativa do Pólo nesta instância. Professora Adriana comunicou que participou juntamente com a professora Derly e o professor Paulo Sá do treinamento de tutoria para o PEP, no Rio de Janeiro. Foi levado também pela professora Adriana a comunicação da formatura da primeira turma de Residentes Multiprofissionais da FESO, em parceria com o Ministério da Saúde e a proposta de a renovação desse programa possa ser feito com endosso do PEP para melhor aproveitamento do mesmo, com maior integração. A proposta foi aceita sendo sugerido que se dê preferência aos candidatos da Regional. Foi proposta também na reunião que um pequeno grupo trate de organizar e discutir os projetos e assuntos mais importantes para a reunião com todos os participantes o que propiciaria uma pauta mais objetivada. Outra ação seria retomar aos eixos estruturante do Pólo, analisar executores e financiamentos. A questão do edital a ser aprovado ou não ficou como pendência para próxima após a leitura de todos do Projeto de submissão que contempla todos os critérios em seu desenvolvimento. A próxima reunião ficou marcada para o dia 4 de março de 2005, Sexta-feira das 8:30h às 12:30h, na ETIS/FESO. Sem mais no momento, a reunião encerou-se às 12:00h.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PEPSUS – RJ – REGIÃO SERRANA

REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO

30/06/2005

Participantes: Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço, Cristina Tudesco. Antonio Jucimar Villa Nova, Roberta Vieira, Alexandre Teixeira Trino, João Henrique Serrão, Rogério Tavares de Miranda, Ruy Alberto Kux, Claudia de S. Thiago Ragon, Ilton Magalhães, Antonio Barreto, Robson Carlos Possemozer, Silmar Fortes, Luiz Henrique de Sá, Marcia Machado de Castro, Paulo Sá, Cristina Maria Rabelais, Maria Cristina Ezequial, Claudia Vasconcellos Midão, Cynthia Flávia Felippe, Atíllio Valentini, Ana Lucia Jezuino da Costa, Jacqueline Souza Pereira, Roseli Santos da Cruz, Rosane Siqueira Pereira, Carla Maria M. Andrade, Alexandra R. Barbosa, Norma Castro, Odair da Silva, Luiz Felipe da Silva Pinto, Helena Falcão, Antonio Carlos de Oliveira Júnior, Gyôngyike E. Garamvôleyi

Pauta:

- Projeto PEPSUS-RJ-Região Serrana
- Reuniões do Fórum de Pólos do Rio de Janeiro
- Fala dos Tutores do Processo de formação de facilitadores em EP
- Reunião COSEMS-RJ Consórcio da Região Serrana- 13/07/05 em Nova Friburgo
- Assuntos gerais

Aos trinta dias do mês de junho às 14:00h, realizou-se na Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO/Teresópolis, a reunião ordinária do Colegiado PEPSUS-RJ-Região Serrana, sob a coordenação da Sra. Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço. Abertura: A Sra. Edneia comunicou sobre a discussão com o Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis e a importância de se dirigir aos Conselhos Estaduais para apoio ao Pólo da Região Serrana, lembrou que o Projeto da região Metropolitana II está no Conselho Estadual desde de 2004. A Sra. Edneia comunicou sobre sua participação e também a participação da Sr. Derly e o Sr. Antonio Carlos Júnior, na reunião dos Pólos. A Sra. Edneia comunicou sobre a reunião do Consórcio no dia 13/07, estarão todos os segmentos, instituições de ensino, profissionais de saúde, representação estudantil, hospitais e a secretaria executiva, deve ser levado quais as dificuldades e quais mudanças a serem feitas. O Sr. Antonio Carlos ressaltou que Areal não está inserida no Consórcio da Região Serrana. A Sra. Edneia ressaltou que o Sr. Antonio Carlos Júnior deverá participar dessa reunião. Comunicou que apresentará o Projeto do Pólo ao Consórcio. Quanto a apresentação de

projetos lembrou que não há nenhuma objeção, há um fluxo para encaminhamento, responsabilidade compartilhada, envolvendo todos os participantes do Pólo. A Sra. Derly questionou sobre o fluxo do Projeto, quem deverá dar o parecer. A Sra. Edneia esclareceu que os projetos são encaminhados à Secretaria Executiva, para analisar sua relação com os eixos, com prazo de 7 dias Depois de avaliado segue para Comissão Temática com prazo de 30 dias para parecer técnico, no qual serão avaliados de acordo com os critérios já preestabelecidos, em seguida é remetido ao colegiado para aprovação final. No caso de não aprovação é encaminhado para o Conselho Gestor, o fluxo tem o prazo de 60 dias. Lembrou que os projetos podem ser enviados por outras entidades representativas e não são apenas pelas instituições de ensino. O Sr. Atíllio esclareceu que a Comissão Temática não tem decisão de voto, o seu papel é formular um parecer fundamentado, e o colegiado aprova ou não. O Sr. Paulo Sá lembrou que os municípios também poderão encaminhar projetos. A Sra. Edneia ressaltou que cada um deve ir para sua instituição, discutir os projetos refletindo sobre os envolvidos e envolvimentos, como são articulados, considerando parcerias. Lembrou que os tutores são facilitadores no processo de formação em uma relação ampliada, levando principalmente os facilitadores na construção de equipe matricial para estimular a equipe de trabalho local. O Sr. Alexandre Trino citou como exemplo saúde bucal, apresentar o projeto para ver se tem interesse, e com responsabilidade compartilhada. A reunião prosseguiu com a fala dos tutores. O Sr. Paulo Sá comunicou que as pessoas estão tendo dificuldades de acesso ao ambiente virtual, em decorrência do desconhecimento das senhas, o que acarreta em um atraso na comunicação. Lembrou que o prazo era para o início de julho para o encontro presencial, o processo está mais longo do que o previsto. A Sra. Derly lembrou que a primeira reunião da equipe matricial ocorreu na semana passada, no Rio de Janeiro, com a participação de 21 tutores. O grau de articulação tem sido um diferencial e as pessoas continuam motivadas. A Sra. Cristina ressaltou à necessidade de criação de um regimento, questionou se o facilitador vota, sem tem representatividade. A Sra. Gyôngyike questionou que como sendo um encontro aberto, o que é preciso para votar. A Sra. Edneia esclareceu que não há votação e sim, que as tomadas de decisões serão realizadas através de consenso, mas é preciso formalizar a representatividade. A Sra. Ana Jezuíno lembrou que a votação é um espaço de aprendizagem. O projeto não é reprovado é rediscutido, através de consenso, e, que este pólo trabalha com colegiado. O Sr. Antonio Carlos Júnior propôs que cada segmento representativo mobilize o seu segmento para não perder a verba de 2005. A Sra. Edneia comunicou sobre sua participação e também da participação da Sra. Ana Jezuíno no curso de Ativadores em Processo de Mudança, que está formando tutores, está previsto 3 encontros presenciais. A Sra. Ana Jezuíno lembrou que a instituição tem que fornecer uma declaração de liberação e compromisso para o tutor e ao final do curso receberá uma declaração de apto. Dando prosseguimento a reunião a Sra. Edneia sugeriu como pauta para próxima reunião a inserção de Areal no Projeto do Pólo, solicitando ao Sr. Antonio Carlos Júnior que traga os dados necessários. O Sr. Paulo Sá lembrou que já foi estabelecido anteriormente a participação de Areal nos projetos. A Sra. Edneia comunicou do ofício enviado pelo Sr. Antonio Carlos Júnior ao Estado comunicando sobre a situação de Areal, ressaltou que tomou conhecido via recurso humanos do Estado, esclarecendo que o pólo tem soberania sobre essa questão. O Sr. Antonio Carlos Júnior esclareceu que perguntou a Sra. Tereza qual seria o procedimento e que a mesma encaminhou o ofício. A Sra. Edneia leu o Termo de Adesão e Compromisso, documento do M. S. e comunicou que o objetivo desse termo é fazer com que haja uma supervisão a ser realizada através do desenvolvimento do curso de tutores, na dinâmica tutor/facilitador e que cada instituição ao receber o termo de compromisso terá que disponibilizar espaço para os facilitadores. A

Sra. Roseli esclareceu que o repasse é de competência do M.S/ENSP aos Pólos. O Sr. Paulo Sá declarou que o colegiado se recusa em aceitar esse item. A Profª. Edneia comunicou que irá consultar o M. S. sobre essa questão, para que possa ser discutido no fórum. A Sra. Edneia comunicou também sobre a reunião no dia 13/07 das demandas dos secretários. Informou sobre a apresentação do Projeto Observatório ao COSEMS. A Sra. Cristina declarou que tem interesse em ser parceiro nesse projeto. A Sra. Edneia ressaltou que o Consórcio está abrindo espaço para apresentação de projetos. Esclareceu que não há nenhum projeto na Secretaria Executiva. A Sra. Derly sugere socializar a idéia para agilizar o envio para a Secretaria executiva. O Sr. Silmar lembrou que as diferenças que existem entre os municípios devem ser levados em conta. Foi solicitado pelo grupo mudança da agenda de reuniões, sendo consensuado para as 2ª sextas-feiras de cada mês, a partir de agosto. **A próxima reunião ficou remarcada para o dia 28/07 em Nova Friburgo, Policlínica Centro (Posto do Suspiro) na Rua Plínio Casado, s/n- Centro, de 9:00 ás 13:00h, com a seguinte pauta: 1- apresentação de proposta de projeto de forma compartilhada. 2- Inserção de Areal no PEP, com os respectivos dados. 3- regimento interno do Colegiado. 4- Re-definição das responsabilidades compartilhadas nos processos de acompanhamento, monitoramento e execução das ações do Pólo.**

REUNIÃO TRANSFERIDA PARA O DIA 12/08/05, NO MESMO LOCAL

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PEPSUS – RJ – REGIÃO SERRANA

REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO

12/08/2005 – NOVA FRIBURGO

Participantes: Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço, Cristina Tudesco. Antonio Jucimar Villa Nova, Roberta Vieira, Alexandre Teixeira Trino, João Henrique Serrão, Rogério Tavares de Miranda, Ruy Alberto Kux, Claudia de S. Thiago Ragon, Ilton Magalhães, Antonio Barreto, Robson Carlos Possemozer, Silmar Fortes, Luiz Henrique de Sá, Marcia Machado de Castro, Paulo Sá, Cristina Maria Rabelais, Maria Cristina Ezequial, Claudia Vasconcellos Midão, Cynthia Flávia Felippe, Atíllio Valentini, Ana Lucia Jezuino da Costa, Jacqueline Souza Pereira, Roseli Santos da Cruz, Rosane Siqueira Pereira, Carla Maria M. Andrade, Alexandra R. Barbosa, Norma Castro, Odair da Silva, Luiz Felipe da Silva Pinto, Helena Falcão, Antonio Carlos de Oliveira Júnior, Gyôngyike E. Garamvôleyi

Aos doze dias do mês de agosto do ano de dois mil e cinco, às 9:00h, realizou-se em Friburgo, a reunião ordinária do Colegiado PEPSUS-RJ-Região Serrana. A reunião teve início com os informes da Sra. Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço, sobre as recentes mudanças no M.S que paralisaram o andamento dos projetos do PEP. A Sra. Derly Streit, representante do PEP serrano no fórum Estadual, informou que as três reuniões iniciais tiveram a presença da SES e foram desenvolvidas em um clima político. Na reunião de julho os projetos do estado não foram apreciados por não ter constituído Câmara Técnica específica e que foi proposta nesta reunião sua construção. Observou ainda que a mudança no Ministério poderá melhora as relações do PEP com o Estado. Informou também que houve o pagamento dos tutores de EP, o que representa a intenção de continuidade. A Sra. Edneia divulgou a última portaria do M.S que extingue o FIDEPS, ressaltando a necessidade de contratualização dos hospitais a partir de janeiro de 2006. Em seguida propôs a revisão do item de responsabilidade compartilhada, ficando consensuado que será acrescentado novo adendo para o termo, salientou que os projetos devem ser elaborados e executados, visto que alguns itens incluiam apenas a elaboração do projeto. Dando prosseguimento a reunião foram apresentados os projetos que são de interesse de um grupo específico. O Sr. Alexandre Trino, apresentou projeto de Especialização em Saúde Coletiva com concentração em odontologia, através de metodologia focada em EP. A proposta e que o curso tenha três etapas presenciais e o restante à distancia, e para os demais profissionais seria a nível de atualização em Saúde Coletiva. Propôs que até o final de setembro os interessados se comuniquem com a FONF, para desenvolver o projeto. A Sra. Derly Streit propôs o Curso de Saúde Mental a nível de aperfeiçoamento, também

com encontros presenciais e à distancia. Propôs Curso de Especialização em Saúde da Família com 360h, em conjunto com FMP/FASE/SMS. Comunica ainda que se existir a proposta de um projeto de Urgência/Emergência, este grupo teria interesse em participar, bem como, para o projeto de Gestão em Saúde, por ter curso de Administração Hospitalar. Salientou que há interesse em outros projetos, caso sejam apresentados outros parceiros, citando como exemplo, formação em saúde e oficinas de EP, manifestando a intenção de montar o Projeto de Observatório para diagnóstico de Saúde locorregional . O Sr. Luiz Henrique propôs o Projeto Vigilância em Saúde e acolhimento em UBS. A Sra. Edneia apresentou os seguintes projetos de interesse da FESO: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, esclarecendo que já esta em andamento. Projeto Processos matriciais em Atividade Educativa em Saúde da Família. Projeto de Urgência/Emergência, Projeto EAD com aplicação no Pólo e fora do Pólo. Quanto a especialização em Serviço e Sistema de saúde, a FESO já tem um financiamento residual do Pólo de Capacitação e está construindo o projeto para iniciar em setembro, divididos em 3 partes: 1- Sistemas locais 2- Administração Hospitalar 3- Auditoria. Foi esclarecido que o Projeto de Observatório Regional já foi apresentado pelo Sr. Luiz Felipe aos Conselhos e será enviado ao COSEMS. A Sra. Edneia apresentou a situação emergencial de capacitação para PSF, tendo em vista que muitos municípios tem esta demanda e propôs um encontro com os interessados em participar em conjunto com a FESO. A Sra. Roseli propôs que os projetos encaminhados ao Estado já estejam pactuados. A Sra. Edneia enviará os critérios de aprovação dos projetos, assunto já tratado em reunião anterior. Solicitou que os representantes de Areal enviem os dados do município, para que o mesmo seja incluído no projeto. Foi consensuado a próxima reunião para 30/09 de 9:00 às 13:00h, em Petrópolis (FASE), com a seguinte pauta: 1- critérios da comissão temática; 2- apresentação dos projetos; 3- assuntos gerais. A Sra. Edneia informou que a FESO implantou neste período a mudança curricular no Curso de Graduação em Medicina, iniciativa que foi parabenizada por todo os presentes. A reunião foi encerrada às 13:00h, pela Sra. Eliana Medeiros que agradeceu a presença de todos em nome do Secretário de Saúde de Nova Friburgo.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PEPSUS – RJ – REGIÃO SERRANA

SÍNTESE DA OFICINA DE TRABALHO PEPSUS-RJ-REGIÃO SERRANA

Data: 11/11/2005

Local: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS FACULDADE UNIFICADAS

Participantes: Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço, Derly Streit, Luiz Henrique de Sá, Norma Thiago Pontes, Mônica da Silva Coelho, Sheila Silva Rodrigues, Antonio Carlos de O. Júnior, Josenira Célia dis Reis Alves, Helena Falcão, Dulce Chiaverini, Claudia Vasconcelos, Alexandre Trino, Kátia Cristina Felippe, Glória Maria de Carvalho.

A reunião foi iniciada com a palavra da Sra. Dulce que explicou as mudanças efetuadas no formulário a partir do último encontro realizado em Petrópolis. As mudanças efetuadas tiveram o objetivo de simplificar o modelo, o modelo adotado é mais próximo do modelo do PROESF. A seguir foram discutidas questões relativas ao número de participantes nas reuniões que vem diminuindo e a sua relação com a possibilidade de quorum para aprovação de projetos. A Sra. Edneia esclarece que no Pólo se fala em pactuação, consenso e que o número de participantes na reunião não tem muito peso na representatividade. A plenária é soberana, segundo a professora sugere que se faça uma chamada nesse sentido. Em seguida a Sra. Edneia fala sobre a reunião que acontecerá no Rio, no próximo dia 16 sobre definição de políticas com a presença dos senhores Francisco Campos e Célia, a referida reunião terá participação também do DEGES. É apontado ainda que talvez se tenha mais clareza para acertos de alguns detalhes operacionais a partir desse momento. Da representação do Pólo Serrano estarão presentes os senhores Antonio Carlos, Edneia e Derly. A seguir, Antonio Carlos que se diz afastado das últimas 3 reuniões pergunta sobre os projetos que o Pólo tem para apresentar e tem como resposta que não, que outros tiveram a iniciativa de elaborar projetos que contemplassem não somente as suas demandas quanto as demandas do Pólo como um todo. Ficou esclarecido ainda, que na reunião de Friburgo se pactuou que ao projetos teriam um trâmite de fluxo que seguiriam a lógica da apresentação para conhecimento de todos, período entre uma reunião e outra para possíveis adesões ou compartilhamento e que, finalmente seria aprovado e enviado a SES. O Sr. Antônio Carlos ainda afirma que com certeza após a realização da conferência sobre gestão de trabalho novos caminhos seriam delineados para o Pólo. Foi consenso no grupo que falta ainda clareza para definições de projetos e sua prioridades na apresentação e aprovação. Este fato confirma

ainda a necessidade de nova configuração , mais clareza e presença da gestão municipal. Ficou esclarecido que foi emitada correspondência para o gestor municipal mas que não houve resposta nem a presença desejada às reuniões. A Sra Derly disse que a última reunião do Fórum foi muito desgastante porque todos queriam maiores informações sobre o orçamento da Serrana. Ficou esclarecido também que ela se incumbiu de tornar clara essa situação em relação à secretaria executiva e os orçamentos dos projetos do Pólo. A Sra Edneia fala que existe falta de definição, que pediu a Glória que enviasse. Acrescenta ainda, que o SINDSPREV enviou carta de repudio a Conferência Municipal de Saúde em Teresópolis dizendo que há secretarismo no Pólo Serrano e que as representações públicas não têm espaço. Ficou acordado que seria enviada correspondência em resposta a essa atitude. Em seguida foram discutidas as propostas dos projetos iniciando com apresentação do projeto sobre DST Aids e, nesse momento falou-se sobre os critérios para as pessoas que apresentassem projetos, com a preocupação de deixar claro que não seria necessário títulos e especialização para os proponentes, mas que é fundamental que se busque na academia a parceria para suprir esse aspecto, caso seja necessário. Discutiu-se também a questão de uma pessoa poder ter gratificação por mais de um projeto apresentado e aprovado. Foi consenso que não se deve criar a cultura de ter projetos para se ter gratificação, mas que houvesse uma coerência sobre esse assunto. Ficou esclarecido que se deveria criar normas para que não se levassem projetos só pelo interesse financeiro. Estabeleceu-se como critério, por exemplo a presença pelo menos de 3 vezes durante 12 meses. É importante ser parceiro ao longo do processo e do projeto. Quanto a aprovação dos projetos ficou decidido que o projeto é apresentado à secretaria executiva que recebe e volta à roda para discussão. A seguir será feita reunião com pauta para fechamento ou aprovação do projeto. Os projetos serem remetidos para todos para correções ou mudanças necessárias. Os outros projetos foram apresentados e analisados, um por um , na seguinte ordem: a Sra Dulce apresentou o Curso de Especialização em Saúde da Família como encaminhamento para prosseguimento, projeto extra teto do Pólo e necessário às demandas locais e de acordo com os eixos estruturais do projeto do Pólo. Reitera que esse projeto está aberto a agregação. A Sra Derly se remete a reunião de Friburgo onde esse assunto foi debatido na sua operacionalização, sendo então motivo de aprovação em plenária por ter passado pelos trâmites definidos pelo grupo. O Sr. Antônio Carlos pergunta sobre os critérios que seriam adotados para os que quisessem fazer esse curso de especialização, e ficou esclarecido que seria através de edital de seleção. O Sr. Alexandre Trino propõe incluir o programa sobre saúde bucal no curso mas, a professora Dulce sugere deixar essa discussão para outra ocasião. Ficou ainda consensuado que as regiões que sentirem necessidade de aproximação com o curso para atender a essa demanda deverão fazer inserção para o próximo ano.A Sra Ednéia lembra do tempo exíguo para enviar o projeto e sugere que seja enviado direto para o ministério com ofício a CIBE comunicando o fato. A Sra Dulce questiona sobre o projeto de Saúde Mental foi apresentado tem como resposta que foi e que existe interesse em que ele seja desenvolvido, embora segundo a professora Edneia não se conheça o projeto de Petrópolis. A Sra Derly diz que foi aberta a possibilidade de aproximação mas que não houve procura. A Sra Edneia justifica se reportanto ao momento de mudança curricular na FESO e no grande envolvimento dos interessados no trabalho de mudança o que ocasionou esse afastamento. A Sra Dulce propõe aprovar o projeto na próxima reunião, aguardado compartilhamento. Outro projeto apresentado foi o de Acolhimento em Saúde que será enviado com parceria da FASE, Casa da Providência e Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. O Sr. Alexandre Trino pergunta se vai enviar sem aprovação, A Sra Edneia diz que é para enviar para a comissão temática enquanto se espera as definições da

reunião da próxima quarta- feira, propondo-se a levar em mãos desde que chegue em tempo. Saúde Mental enviará assim como o Projeto em EP em Saúde Coletiva – área de concentração em saúde bucal. Foi indicado o curso de capacitação para os conselheiros que deverá ser feito com módulos presenciais e à distância. A Sra Ednéia aponta que a Escola Técnica talvez pudesse colaborar nesse processo. O Sr. Antônio Carlos sugere o curso de Empoderamento para supervisão, projeto que já havia sido elaborado mas que continua sendo útil no momento. Ficou decidido que o projeto com ampliação das ações previstas com as equipes matriciais seja apresentado daqui a 30 dias, a contar de hoje. A secretaria de Areal apresentará o projeto que será um salto de qualidade na saúde para a região. Em seguida foi comentado que é necessária aproximação da gestão para que vissem esses projetos como modificadores da realidade, como ganho indireto. Pensou –se em convidar os gestores para a outra reunião para discutir a mobilização pra a participação.A Sra Ednéia falou sobre o Curso de Gestão e sua parceria com secretarias de saúde. Sra Dulce cita a professora Cristina Rabelais como profissional indicada para esses cursos por sua experiência profissional. É sugerido pelo Sr. Antônio Carlos que se conheça as micro regiões, em seguida é apresentado pela Ednéia o projeto sobre observatório que tem o Sr. Luiz Felipe como responsável, aguardando as adesões para compartilhamento. O projeto sobre Urgência e Emergência também aguarda parcerias. A próxima reunião ficou marcada para 2 de dezembro em Cachoeiras de Macacu

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE

REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO

02/12/2005 – FESO –Teresópolis

Participantes: Maria de Fátima S. Moreira Jorge; Derly Streit; Luiz Henrique de Sá; Antonio Carlos de O. Júnior; Alexandre TeixeiraTrino; Jacqueline Souza Pereira; Rovena Lopes Paranhos; Luiz Felipe da S. Pinto; Leda Jung dos Santos.

A reunião teve início com a justificativa da ausência da Profª. Ednéia que foi representada pela Profª. Fátima que recebeu o Projeto da FONF (3 versões), os 3 projetos de Petrópolis (3 versões cada), sendo registrado a falta da carta do responsável da instituição. O projeto de Observatório da FESO também já foi recebido. A Profª. Derly destacou que o projeto de acolhimento da atenção básica pode servir de base para o projeto da emergência. Antônio Carlos esclareceu que o projeto de supervisão de Areal foi enviado em rascunho e concluiu que outros municípios podem se agregar. A Profª. Derly propôs que na agenda de 2006, os grupos executores se reúnam, e que Petrópolis convida para parcerias. Afirmou ainda que as planilhas de orçamento estão complexas e tiveram muitos questionamentos. Solicitou que a secretaria executiva entre em contato com o ministério para conferir se o formato está correto (do Fundo de saúde).

Foram feitos os seguintes informes: - sobre a reunião do Fórum em 16/11 na SES que confirmou a continuidade do curso de facilitadores. Que o Fórum montará uma agenda para o próximo ano. Antônio Carlos propôs que a secretaria executiva questione sobre as normas dos projetos.

Foi proposta a seguinte agenda para 2006 (reuniões na última 6ª feira do mês):
fevereiro-17(Petrópolis);
março-31(Teresópolis);
abril-28(Friburgo);
maio-26(Areal) e
junho-30(S. José).

Foi proposto ainda que as reuniões tenham 2 turnos onde o 1º turno seria para informes e o 2º turno para grupo de trabalho. A seguir foram feitas as seguintes solicitações: Alexandre solicita as duas últimas atas; Derly pede a correção do seu e-mail conforme a lista de presença; Luiz Henrique e Rovena pedem sua inclusão na lista de e-mail.

Proposta para a próxima pauta: revisão das normas de projetos e planilhas orçamentárias; planejamento das ações de 2006. A reunião foi finalizada com a sugestão de Maninho para se “correr atrás” dos projetos encaminhados.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE

REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO

17/02/2006 – FESO –Teresópolis

Participantes: Edneia T. Martuchelli Moço**;** Derly Streit; Luiz Henrique de Sá; Rovena Lopes Paranhos; Mônica Beatriz O. da Costa; Norma de S. Thiago Pontes; Maria Zenith N. Carvalho; Silmar Leite Fortes; Sheila Silva Rodrigues.

A Profª. Edneia iniciou a reunião se desculpando pela indefinição na marcação desta reunião, tendo em vista compromissos diversos de alguns dos integrantes, marcados e desmarcados para este dia. Em seguida informou que conforme aprovado em ata foram enviados os seguintes Projetos para a Secretaria de Estado: Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para a Atenção Básica; Curso de Especialização em Saúde da Família; Acolhimento em Saúde e Projeto de Educação Permanente em Saúde Coletiva – PEPESC e Observatório de Dados em Vigilância Sanitária. Em seguida informou que o Projeto Residência Multiprofissional da FESO foi aprovado pelo Ministério da Saúde. A 1ª parcela do recurso já foi recebida e o edital de seleção em breve será publicado. Esclareceu ainda que estamos aguardando, conforme pactuado, notícias dos outros projetos apresentados. A Profª. Derly perguntou com relação aos projetos que foram apresentados em dezembro/2005. A Profª. Edneia informou que ainda não tem informações. A Profª. Edneia informou que que em nome do colegiado, encaminhará uma correspondência ao Estado e ao Ministério, solicitando informações dos referidos projetos, com urgência, seguindo orientação do próprio Ministério. Sendo aprovado por todos. A Profª. Edneia informou que a FESO foi contemplada com a aprovação do Projeto PRÓ SAÚDE que é um programa realizado pelo Ministério da Saúde junto com o Ministério da Educação, e que tem uma versão diferenciada do PROMED. Esclareceu que além do curso de Medicina, os cursos de Odontologia e Enfermagem da FESO também foram contemplados. Informou ainda que a Faculdade de Medicina de Petrópolis também foi contemplada. Esclareceu que a intenção e a interação das faculdades e universidades com as Secretarias de Saúde dos Municípios. Disse que além de se tratar de um projeto de interesse geral, conduz a mudanças na infra-estrutura (atenção básica) e mobiliza a interagir-mos com o serviço público. Há compromissos com a Educação Permanente e conseqüente fortalecimento para os Pólos. A Profª. Edneia informou que será realizado em maio deste ano, na FESO o III Fórum de Educação Permanente, onde pretendemos contar com a participação do COSEMS, Secretaria Estadual e do Ministério, para discussão da Educação Permanente no Estado do Rio de Janeiro. Serão enviados convites

a todos os órgãos. A Profª. Edneia informou que até o momento não tivemos nenhuma notícia com relação ao Projeto da Secretaria Executiva. Solicitará por escrito uma posição. A Profª. Derly esclareceu que este projeto estava desvinculado do Projeto Geral e que foi, em reunião do Fórum Estadual, garantida a aprovação do Projeto da Secretaria Executiva. A Profª. Edneia comentou sobre a baixa participação dos representantes nomeados às reuniões do PEP. A Profª. Derly sugeriu uma revisão das representações, encaminhando correspondência aos Secretários de Saúde que compõem o Pólo. A Profª. Edneia fará uma revisão para recompor o Conselho Gestor e a Comissão Técnica. Os que tiverem representação oficial serão mantidos, os que não, serão retirados. Será feito também um relatório com a quantidade de reuniões realizadas, média de comparecimento, ações, pontos positivos e negativos. A Profª. Edneia informou que recebeu uma ligação para prestar informações sobre o Pólo, esclareceu que trata-se de uma pesquisa de avaliação dos Pólos. Disse que o relatório referente a esta pesquisa estará sendo divulgado até junho. A profª. Edneia disse que na reunião do PRÓ SAÚDE sugeriu questões relativas ao Pólo de Educação Permanente. A Profª. Derly comentou que das 17 escolas de Medicinas inscritas somente Teresópolis, Petrópolis e UERJ, obtiveram aprovação do Projeto no estado do Rio de Janeiro. O Prof. Silmar questionou, se com a mudança do Ministério, não houve um resfriamento com relação às questões dos Pólos. Demonstrou grande preocupação com um provável enfraquecimento. A Profª. Edneia comentou que em outubro houve no Fórum dos Pólos do Estado do Rio de Janeiro, que passa por um momento novo, técnico. Temos buscado nas instâncias oficiais colocar estas questões. Disse que neste Fórum estavam presentes o Dr. Francisco Campos e a Professora Célia Pierantoni e que ambos assumiram que os Pólos são essenciais. Silmar disse que a impressão que se tem é que o Pólo estava em um processo de esgotamento. Luiz Sá argumentou que vai depender da apresentação de trabalho de cada Pólo. Qual o papel que terão. A Profª. Edneia disse que com relação ao Pólo temos condições de realizar muitas coisas. Não podemos perder o espaço aberto pelo Pólo. Estamos ha 2 anos acreditando nisto. Na Região Serrana temos 3 tutores do curso de facilitadores em EP que estão atuantes. Silmar demonstrou preocupação com os municípios menores. A Profª. Derly informou que teve um encontro presencial de Educação Permanente. Disse que o resultado é melhor em municípios pequenos do que nos grandes e os resultados já estão sendo vistos. Norma comentou que em reunião ocorrida em dezembro o Dr.Francisco Campos em sua fala disse que no processo de educação permanente acontecem muitos erros e que não ia ficar liberando verba para as Faculdades. Edneia disse que somos "heróis da resistência." Estamos vendo momentos já vivenciados. Acrescentou que em momento nenhum foi dito que o Pólo não existe mais nem que está extinto. Edneia passou para outro assunto da pauta que é a orientação para submissão de projetos do PEP. Disse que precisamos mobilizar outras pessoas para recompor algumas estruturas. Precisamos envolver novos atores neste processo. Luiz Sá comentou sobre tabelas que foram acrescentadas ao Projeto depois da reunião, gerando reclamações de alguns. Com relação a estas tabelas Edneia fará uma revisão nas mesmas. Pode ser que não sejam utilizadas. Edneia fará um contato com a SES-RJ para obter informações com relação à aprovação do Projeto. Assim que os recursos forem liberados todos serão comunicados. Edneia sugeriu a Derly um pequeno relatório a respeito do curso de Facilitadores em EP. Derly esclareceu que já o tem e encaminhará. Sugeriu a discussão no interior das Instituições, com convite ao Ministério da Saúde e Secretaria de Estado. Derly sugeriu a realização da reunião do Pólo com o Ministério no mesmo dia do acontecimento do Fórum do CCBM, no dia 26/05/06. Derly acrescentou que assim que tivermos o primeiro projeto aprovado teremos um novo momento dentro do Pólo. Edneia disse que será enviada programação do Fórum

de Produção do CCBM. Informou ainda tratar-se de Fórum de interesse comum com a participação de 5 cursos da área de Biomédicas, Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia e Medicina Veterinária. Disse que a idéia é a de provocar nesta reunião a discussão de EP. Disse que se algum Município tiver algum evento que traga para divulgação no Pólo. Reforçou que enviará convocatória para os membros do colegiado para envio de suas representações, visando recompor o Conselho Gestor. Silmar comentou sobre Projeto de Vigilância em Saúde, perguntou quando pode enviar. Derly solicitou fazer a apresentação do projeto elaborado pela FASE e a Secretaria Municipal/Casa Providência – Urgência e Emergência, sendo aprovada a proposta com posterior envio do projeto à Secretaria Executiva para envio ao SES-RJ. Luiz Sá informou sobre a realização do Fórum de Saúde Mental que será realizado em Petrópolis com a parceria do Conselho Regional. Ficou marcada a próxima reunião para o dia 31/03/06, de 9h às 12h, em Nova Friburgo, conforme agendado anteriormente. Nada mais havendo a ser deliberado, a senhora Secretária Executiva encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos, e eu, Mônica Gomes Gonçalves, lavrei a presente ata.

Ata da Reunião do Fórum Estadual de Educação Permanente

Informes:

- Projetos no MS
- Projetos no CES
- Oficinas do PES

Pauta:

1 - Projetos elaborados e aprovados nos colegiados:

- ***Região Serrana***
- Região Metropolitana
- **Zona Oeste**

2- Projetos para parecer do Fórum.

Aos sete dias do mês de junho do ano de dois mil e seis, foi realizada a reunião do Fórum de Pólos de EP do Estado/RJ na sala duzentos e dezessete do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, de dez às treze horas. Estiveram presentes: Glória Maria de Carvalho (SDRH/SES); Juliene Miguez (Assessora SH/SDRH), Angela Aranda (Assessora SH/SDRH), Derly Streit (Pólo Serrana), Antonio Carlos (Cosems), Maria Aurora Bressan (Pólo Metro II) e Irene Mauler (Pólo Centro Sul). A reunião iniciou-se às 10:35h do dia 07/06/06 com Glória fazendo a leitura da ata da última reunião, que foi realizada no dia 19/04/06 e aproveitou para tecer comentários sobre a falta de quorum da mesma. Informa que as Regiões Norte e Noroeste e o Conselho Estadual não puderam enviar representantes para esta reunião. Tereza Ydalgo (Metro I) ligou informando que estava vindo para reunião porém teve que retornar para a UERJ. Irene teceu alguns comentários durante a leitura e pediu que fosse feita algumas correções na ata. Derly sugeriu que as reuniões fossem marcadas para todas as 2ª quartas-feiras de cada mês (o que foi prontamente aceito por todos os presentes).Ela também criticou a falta de reuniões do Pólo da região Serrana. Derly informou ao grupo que por não fazer parte da Secretaria Executiva não recebeu o e-mail contendo a planilha do fluxo de projetos. Após este relato Juliene informou-lhe que a sua cópia foi enviada, mas, se dispôs a enviá-la novamente tanto para Derly quanto para a Irene. Derly falou ao grupo que a demora do envio dos projetos ao Ministério da Saúde acaba por atrasar a sua aprovação pelo mesmo.

Glória fez uma breve exposição da planilha e aproveita para dizer a todos que está mantendo contato com Alexandre / MS que já esta ciente sobre os projetos do Rio de Janeiro. Informou que boa parte dos projetos serão aprovados pelo Ministério da Saúde, e que já foi aprovado o orçamento para implementação dos projetos no Rio de Janeiro. Gloria relata que Íris informou que os Projetos AP3. 1, AP3. 2 e AP4. 0 foram aprovados, a de referendum, pois não houve quorum na reunião do Conselho Estadual. Maninho menciona que a Região Serrana foi prejudicada em muitos projetos porque possui um grande número de Instituições Privadas atuando na saúde pública do local (este fato serve como pretexto para o não recebimento de alguns recursos).Glória informou a todos a saída do Sr. Wilson de Maio (Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema de Saúde) e aproveita para informar sobre a oficina do Plano Estadual de Saúde da Região Norte Noroeste e que a próxima Oficina da Região Metro II em Niterói será realizada nos dias 12,13 e 14/06. Antônio Carlos informou ao grupo que os Pólos serão estruturados como as secretarias executivas e disse que o Ministério da Saúde vai fornecer os meios para que estes pólos deixem de ser virtuais e passem a ser algo mais operante e com toda a estrutura necessária para que seja eficiente. Glória informa sobre os projetos aprovados: Saúde Mental/Atenção Básica, Especialização em Saúde da Família, acolhimento na saúde, já estão no Fórum. Antônio Carlos elogiou o projeto do Acolhimento juntamente com a Derly. A Derly informou que vai fazer um relatório e vai repassá-lo a algumas pessoas, também sugeriu que os projetos sejam encaminhados através de um ofício para os Pólos para que os mesmos tomem ciência de tudo. Irene criticou os representantes de Areal e Levi Gasparian por não comparecerem às reuniões e nem responderem aos ofícios que lhes são encaminhados. Glória apresentou o projeto da Roda/Zona Oeste da Região Metro I tendo como executora o CIEZO. Foi bem recebido por todos e gerou comentários positivos, porém falta um parecer favorável do Fórum (alguns membros da reunião deram uma breve lida no documento e Antônio Carlos levou para avaliar. Aurora levantou a questão do Projeto da Região Metro II - projeto de oficina de sensibilização - não ter sido implementado até hoje, já que o mesmo foi aprovado e não lhe é dada qualquer tipo de satisfação. Antônio Carlos propôs oficializar ao Sr. Secretario de Saúde, e ao M.S. a preocupação quanto à definição dos projetos que estão nas

respectivas Instituições há mais de um ano. Ver com M.S. os recursos orçamentários previstos e como serão distribuídos pelos pólos, e serão encaminhados a CIB conforme parecer favorável deste Fórum. Quanto ao projeto da Serrana sobre Observatório de Informação de Saúde, o mesmo teve algumas considerações pela Coordenação do CISA/ SES e da Secretaria Executiva do Pólo da Metro I e será encaminhado ao Pólo para atender o que couber; sugeriu a redistribuição de alguns Municípios da Região Serrana. Derly considerou a proposta interessante, mas ressalvou que haja um minucioso estudo do impacto que isto causaria aos Municípios pertencentes para que não haja insinuações que um Município foi favorecido em detrimento de outro e para que não ocorra excesso de demanda em local e pouca em outra localização. Irene propôs a criação de um curso de especialização em uma das três Universidades da região e nos informou que os dois projetos a serem implementados nas Universidades já foram aprovados e se destinam a formação de novos gestores ,gestores estes que serão indicados pelas instituições em que trabalham e que terão como principal foco a educação. Também ressaltou que seria importante que houvesse um consórcio entre as três Universidades para que alcançassem um maior número de pessoas e disse que o ideal seria que os cursos fossem voltados para áreas de maior interesse dos Municípios. Ela também mencionou da necessidade dos fóruns possuírem uma maior independência do Conselho.Antonio Carlos informa que atualmente participa do Comitê Nacional de Gestão do Trabalho no Conasems e da Comissão Nacional da Residência Médica. A Derly questionou os motivos que levam as escolas técnicas a receberem o dinheiro diretamente, sem que o mesmo passe pelo Fórum. Também propôs a elaboração de um seminário com todos os representantes que corroboraram com a proposta, com data provável para meados de julho. Aurora falou da possibilidade de ser feita a Carta de Iguaba para servir como instrumento de cobrança a ser entregue ao Ministério da Saúde e também comentou da falta de informações sobre alguns projetos como o SAMU e da ausência de prazos de alguns projetos. Derly informou a todos que estava formando 4 facilitadores e que os mesmos possuíam grande chance de se tornarem tutores, falou que nos dias 5,6 e 7 de julho haverá oficina de tutores em São Paulo. Glória falou que os projetos da Região Norte e Noroeste foram aprovados e serão encaminhados direto para o Conselho e

comentou dos projetos enviados para a CIB. Glória encerrou a reunião fazendo um breve resumo de tudo o que foi dito durante o Fórum: 1. Encaminhar os projetos de acolhimento e de Saúde bucal a CIB; 2. Encaminhar o projeto de observatório ao pólo da Serrana; 3. Oficializar a migração do município de Areal da região Centro Sul/Médio Paraíba e Baia da Ilha Grande para região Serrana; 4. Encaminhado o projeto da Zona Oeste para o Sr.Antonio Carlos avaliar (Região Serrana); 5. Realizar Seminário de Avaliação dos Pólos do Estado do Rio de Janeiro; 6. Ofício do Fórum para o Sr. Secretário de Saúde e o M.S. e distribuiu aos presentes o manual de Diretrizes Básicas para Organização de Eventos Técnicos Científicos elaborado pela SDRH. Próxima reunião ficou agendada para o dia doze de julho de dois mil e seis. Eu Marcio lavrei a presente data.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COLEGIADO

27/07/2006 – FESO –Teresópolis

Participantes: Edneia T. Martuchelli Moço**;** Luiz Henrique de Sá; Kátia Cristina Felippe; Helena Falcão; Maria de Fátima S. Moreira Jorge;

A Profª. Edneia iniciou a reunião dando boas vindas a todos e justificou o grande período sem a realização das reuniões ordinárias do PEP. Esclareceu que diversos fatores contribuíram para o ocorrido, tais como: troca de secretaria de saúde de Nova Friburgo. Não foi possível a realização da reunião como estava previsto; recesso do feriado de carnaval e o convite feito a todos para o III Fórum de Produção Acadêmica realizado na FESO. Derly transferiu culpa para secretaria executiva. Em seguida comentou que encaminhará a Isabel FMP-FASE, o projeto recebido para apreciação, tendo em vista estar faltando escore e desempenho. Disse que a metodologia pedagógica precisa estar mais clara em relação às unidades/módulos. Informou que a Secretaria de Saúde avalia o PPP, e que poderia avaliar intervenção. Fátima ressaltou que a câmara técnica deveria avaliar. PSF – apreciação do compromisso dos pareceres, das necessidades e dos diagnósticos. Com relação à portaria 648. Interatividade. Equipe. Faltam módulos interdisciplinares. Encaminhará para Derly por plenária (aprovação para remeter novamente). O Projeto Observatório de Recursos Humanos. Metropolitana I será encaminhado para Tereza Hidalgo. Falta identificar os objetivos. Apreciação com consistência teórica. Foram feitos questionamentos. Metodologia que seria inovadora. É necessário envolver outras pessoas/participações. A Secretaria Executiva está em instituição privada, acredita que há falta de entendimento. Propôs colocar a Secretaria Executiva na SMS. Retornar com questionamentos que apoio que o Estado dá? Onde está a verba? Aguardamos resposta do Ministério da Saúde. Como a Instituição conduz a EP no Rio de Janeiro. Fábio Pereira resposta Metro 1 – IES públicas receberam 3 projetos. Questiona qual o papel da EP neste contexto? Mudança tirando a autonomia do Pólo, tudo passa pelo Estado. FESO tem dois projetos financiados pelo MS. Alguns projetos estão contemplados sem passar pelo Pólo? Qual a real participação do Pólo que discrimina a IES privada e pactuar questões que não são reais. Nenhum gestor está interessado no Pólo. Quem move o Pólo? Rompimento IES. Sexta Feira – mesa redonda – Estado D´arte. Edneia levará caminho percorrido, falta de informação e CES – COSEMS- SES. Situação atual. O que se quer como proposta de encaminhamento. Fátima diz que falta motivação, já que estamos a 2 anos parados sem atividades. Kátia disse que em sua opinião as pessoas desacreditaram. Edneia comentou que o Sr. Geraldo Cury em mesa redonda do pró-saúde no congresso da Rede Unida, disse

que os Pólo estão em declínio. Questionou-se o posicionamento em relação ao Ensinarsus. Em 19/11/2003 foi feito um 1º contato com a Laura F. no III Fórum de Produção Acadêmica da FESO. Acolhimento – Saúde Mental – SES/CIBE. Valores não mediados e pactuados pelo estado Metro 25 – 220000. Total 6.300,00. Feso prevê 1.100.000,00. Glória deu detalhes sobre o Fórum de 25/07. Jô – MS – Célia Pierantoni esclareceu que não tem interesse em manter os PEP´S. Saída dela entra alguém mais político que talvez pense em ampliar/retornar. Algumas políticas são extra teto, se não há interesse do MS.

Histórico PEP/ projetos para Direção/ Agenda do Fórum/ Pauta da Reunião. Trazer gestores para sensibilização de articulação. Kátia apontou a necessidade de resolver impasses para voltar a congregar o grupo. Edneia – apresentar proposta de apresentação sobre a trajetória do PEP –Serrano como uma linha do tempo. Apresenta a composição de uma comissão pela consolidação do SUS em base na Reforma Sanitária – que ocorreu no Congresso da Rede Unida. Informou que Maninho representa o CONASS na Comissão Nacional de Residência Médica. Conclui que a representações apresentadas pelas Instituições do Pólo Serrana foram: 2 SMS; 2 IES; 1 H.U.;1 Profissional de Saúde – ABEn; 1 Representante Estudantil; 1 Escola Técnica e 1 CMS – Sr. Renato? A representação de Areal solicitou que as IES refaçam os informes sobre eventos de formação para a SMS (capacitações). Pois há interesse na participação e condições de viabilizar estas presenças. Nada mais havendo a ser deliberado, a senhora Secretária Executiva encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos, e eu, Helena Falcão, lavrei a presente ata.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COLEGIADO

11/08/2006 – FESO –Teresópolis

Participantes: Attílio Valentini, Luiz Henrique de Sá, Sheila Silva Rodrigues, Josenira Célia dos Reis Alves, Norma de S. Thiago Pontes, Dulce Chiaverini, Douglas de Almeida Costa, Derly Streit, Carla Maria Moura de Andrade, Maria Margarida Schimidt, Jacqueline Souza Pereira, Kátia Felippe, Edneia Martuchelli Moço e Helena Falcão.

A professora Edneia iniciou a reunião dando as boas vindas aos presentes e, a seguir, fez uma reflexão compartilhada com o grupo sobre a atual estrutura do Pólo, considerando a necessidade de definições sobre a continuidade do processo, questionando sobre as medidas a serem tomadas do ponto de vista estratégico para viabilizar a retomada das ações propostas pelo Pólo Serrano e norteamento para construção de projetos. Ressaltou que as questões operacionais ficarão a nível de fóruns locais. A lógica dos fóruns locais será aquela prevista no projeto inicial do PEP-SUS-**RJ-Serrana**. A Professora Edneia informou sobre o reenvio do Projeto da Secretaria Executiva. Enviará um e-mail para saber do andamento do projeto. A professora Derly disse que o projeto não sumiu, foi submetido e não teve seguimento. O projeto da serrana é guarda chuva. No Fórum o senhor Orani também assumiu que o Conselho não deu continuidade ao Pólo. A professora Derly aconselhou que se **fizesse** um acompanhamento para saber como ficará em Brasília, considerando que o projeto permaneceu 2 meses só para passar na CES. Solicitou ajuda a Dulce e a Edneia para acompanhar. Ressaltou que para o grupo, alguns projetos são mais agilizados, mas que não há critérios para essa tramitação, assim, é necessário um envolvimento político para andamento. Esclareceu que o Sr. Fábio é responsável pelo SEGETS, e que é preciso que o Pólo Serrano fique atento nesse momento. Sugeriu que a secretaria acompanhe e dê retorno ao grupo. A professora Edneia disse que todos devem dar movimento buscando representantes dos conselhos municipais a fim de que o mesmo acompanhe o desenvolvimento dos projetos. Há a necessidade identificar o dinamizador regional que deverá vir aos Conselhos promovendo a efetivação dos núcleos locais para dinamizar e aproximar gestores. Os presentes à reunião consideram que o gestor se aproxima pelo interesse de ver seus projetos se concretizando. Em seguida a professora Ednéia trouxe ao colegiado a idéia de estabelecer mobilização, numa lógica agregadora

explicando que em Teresópolis, o movimento de gestão pela vida e saúde, se aproxima da Educação Permanente e é apoiado no PDR - planejamento do Estado. A professora continou sua explanação dizendo que a divisão em núcleos locais pode ser feita considerando-se as micro-áreas ou ainda, por exemplo, no caso específico de Teresópolis, levando em conta os municípios que têm algum tipo de relação, em um pensamento mais ampliado. Esta ação busca agregar e fazer um diálogo que mostre a necessidade de agrupar as gestões. Esse tipo de estratégia não isolaria o Pólo estadual, considerando que não há definição de medidas a serem tomadas paralelamente ao Pólo. Luiz Henrique trouxe a informação de que o município de Petrópolis já se constituiu nesse núcleo municipal de educação permanente, e que seria indicado o nome do coordenador. Os participantes de Petrópolis que estão presentes disseram então que o nome do próprio Luis Henrique **fora** indicado para a coordenação. Todos na reunião concordaram com essa indicação e Luis Henrique aceitou ser o representante de Petrópolis. A professora Dulce disse que a lógica adotada em Teresópolis é bem interessante ressaltando ser bem próxima da adotada em Campina Grande (PB), onde esteve presente. Segundo a professora , assim como Campina Grande, Teresópolis agregará municípios do seu entorno, devendo refletir sobre quem é quem nesse processo, antes de fazer a proposta. A professora Derly lembrou que o município de **Areal,** através do Maninho, poderá aderir a Petrópolis. Lembrou também que os facilitadores que fizeram o curso poderão ser multiplicadores dessa idéia, colaborando na implantação e capacitação nos núcleos a serem formados. A Professora Dulce atentou para a necessidade de otimizar o entorno para não focar somente Teresópolis, Nova Friburgo e Petrópolis como referência, destacando o papel e a importância de todos os outros municípios que comporão os núcleos. A Professora Derly sugeriu que se entre em contato com pessoas dos municípios de Macuco e Cantagalo, numa atitude agregadora, que, segundo a professora Edneia teria como modelo a estratégia que foi utilizada quando da formação da Saúde da Família. A organização dos núcleos leva em conta serem municípios que possuem hospital de médio porte, ensino universitário e a interlocução com **municípios** vizinhos, formando então um complexo que envolve instituição de ensino superior, hospital universitário, conselho municipal de saúde, secretaria municipal de saúde e outros atores. Essa instância do Pólo deverá ser agregadora para todos os municípios. Reiterou que seria interessante pactuar com todos no sentido dos núcleos serem realmente agregadores. A professora Derly observou que nessa dinâmica de aproximação trazer 150 participantes à reunião seria muito difícil, propondo então que se **façam** trabalhos em pequenos grupos com a possibilidade de ampliação pelos representantes escolhidos em cada núcleo, em reuniões bimensais. A Professora Derly sugeriu ainda que o Pólo crie direção para os núcleos se articularem pela construção de pactos de convivência. A professora Edneia confirmou que as agregações surgirão como resultado desse movimento nas micro regiões, e que serão uma conseqüência natural, pela proximidade, interesse ou outros aspectos que essa estratégia trará. A representante de Nova Friburgo, Carla, relatou em breve histórico a mudança da secretaria municipal de **saúde,** relatou também que a secretária atual não fez contato com o PEP, não conhece ainda sobre o PEP, solicitou então material para que seja feita leitura que propicie conhecimento e aproximação. Afirmou também haver interesse em participar do Pólo, compondo com o grupo a realização das idéias surgidas para reativar esse movimento. A professora Edneia colocou a secretaria executiva à disposição para envio de material e dá notícias sobre o projeto Pepesc, enviado por Nova Friburgo juntamente com os outros projetos que foram remetidos. A professora **Derly** ressaltou que outros municípios não conhecem a lógica da EP, sugeriu marcar encontros onde se **possam** ampliar conceitos e divulgar essa idéia. O grupo então aprovou duas estratégias para esse movimento que são

buscar a representação do Pólo no Cosems,**(**estadual/regional) identificando pessoas que tem poder de impactar e mostrar o valor da participação no Pólo e, trabalhar com oficinas regionais feitas a partir de cada núcleo, atendendo suas demandas e envolvendo atores importantes nos núcleos regionais para organização, referenciando o Pólo e suas organizações. Esse momento sensibilizaria para EP, articulando, sensibilizando e dando sustentabilidade, além de buscar identificar as funções do núcleo. Essa atividade teria ressonância no Cosems e nos Conselhos Municipais de Saúde, visando ampliação, parceria e transparência no processo. Ficou estabelecido que a sensibilização **fosse** realizada até o dia 19 de outubro, data em que o grupo se reuniria em Petrópolis, na Barão do Rio Branco, trazendo o relatório de sua caminhada para esse fim. Tal atitude seria o início da demonstração para o Fórum de Pólos que acontecerá em outubro, das ações a serem desenvolvidas nos núcleos/Pólo. No dia 14 de setembro o Pólo se reunirá em Cachoeiras de Macacu ou Nova Friburgo, aguardando confirmação quanto ao local para discutir sobre o modelo para o envio de projetos , decidindo que enquanto aguarda o novo modelo a ser remetido ao Pólo será utilizado o que se tem. O professor Luiz Henrique pede que a secretaria executiva localize os projetos de Acolhimento que foram enviados, pois conta com um novo desdobramento, em parceria com a Casa da Providência, município e FASE para atender à Saúde Mental. **Disse ainda** que as propostas de acolhimento foram elogiados na SES, podendo ser ampliado, apresenta**m** baixo custo e atende**m** ao acolhimento por níveis de atenção à saúde. Pass**ou** às mãos da Secretaria Executiva e deu recebimento, mas ficou faltando a assinatura de Isabel, representante legal. A professora Derly lembr**ou** da necessidade de con**s**tar em ata a aprovação do projeto apresentado e que no envio deverá ser anexada cópia da lista de presença. A professora Edneia respond**eu** que a secretaria executiva tem essa preocupação, **e** que enviará , em meio eletrônico, observ**ou** que os projetos permanecem muito tempo parado em algumas instâncias em que tramita, d**isse** ainda que já foi sugerido pela secretária Mônica **a entrega dos** projetos **em** mãos, o que fica difícil pelo deslocamento da funcionária somente para esse fim. Propôs que na próxima reunião do Fórum procurará saber quem recebe os projetos. Outra preocupação dos participantes da reunião foi manifestada pelos presentes e di**z** respeito aos limites, teto, extra teto e prioridades do Pólo. A professora Dulce recomendou que se utilizasse os parâmetros do Ministério da Saúde com base na portaria 198, recomendou também que se trabalhasse com o que se tem para não gerar competitividade. Disse ainda que o Fórum seria o momento de se discutir prazos de entrega de projetos. A professora Derly apont**ou** que as escolas particulares já tem projetos prontos, a rede pública é mais burocratizada. Luiz Henrique é indicado pela professora Derly para ser suplente dela nas reuniões do Fórum, os presentes aprovam a indicação, ele passará ao lugar antes ocupado por Alexandre Trino. Foi discutida ainda a revisão dos **e-mail** que a secretaria executiva possui. Derly recomend**ou** também a revisão dos membros que fazem parte do Pólo, Conselho Gestor e membros que nunca mais apareceram. Ressalt**ou** a necessidade de novas pactuações/consensos a serem definidos a as atribuições do Conselho Gestor. **A** Professora Edneia suger**iu** que até outubro essas demandas sejam amadurecidas nos núcleos, com o olhar de avaliação nos avanços, definições da EP . **A professora Derly** abord**ou** a questão da continuação do curso de facilitadores sem passar pelo Pólo, a professora Dulce esclarec**eu** que existe **uma** portaria ministerial com esse objetivo, que os municípios arcam com as despesas de seus inscritos, de acordo com a necessidade. Em seguida foi feita uma pequena discussão sobre o andamento do Pró-saúde, sua pactuação com os municípios e **a** assinatura de termo de compromisso. Como último assunto, a professora Edneia abordou a questão do convite feito à FESO para discutir do Pacto pela **Saúde.** Nada mais havendo a ser deliberado, a senhora Secretária Executiva encerrou a

reunião, agradecendo a presença de todos, e eu, Helena de Barros Parente Telles Falcão, lavrei a presente ata.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COLEGIADO

14/09/2006 – FESO –Teresópolis

Participantes: Luiz Henrique de Sá – PSF-Petrópolis, Maria Margarida Schimidt – Friburgo; Jacqueline Souza Pereira – SMS-Cachoeira de Macacu; Kátia Felippe – FESO-Teresópolis; Helena Falcão – FESO-Teresópolis; Odair da Silva Baltar - FMSP; Rosane Siqueira V. Pereira - FMSNF; Eliane Miranda da Glória; Alexandra R. Barbosa – FMS-NF; Glória Maria de Carvalho – SES-RJ; Renata Machado dos Santos - Acad. FESO-Teresópolis; Douglas de Almeida Costa – Acad. FESO-Teresópolis.

A reunião iniciou-se com a leitura da ata da reunião passada, feita pela professora Kátia. A leitura do documento teve como objetivo esclarecer alguma referência que não tivesse ficado clara ou correta para o grupo. Como não houve necessidade de nenhuma alteração no texto, a ata foi aprovada, a professora passou aos informes. Em seguida Glória, representante da Secretaria de Saúde do estado do Rio, informou que com relação a entrega dos projetos, assunto referenciado na ata, no Fórum do Pólo houve direcionamento do encaminhamento que deverá ser feito por ofício e meio eletrônico tendo em vista que a secretaria não encaminha o projeto original recebido para outras instâncias, segue sempre a cópia por email. O projeto de Petrópolis não foi entregue ainda por falta da assinatura de Isabel. A professora Edneia enviou email para a professora Derly comunicando o fato. Luiz Henrique, representante de Petrópolis não trouxe o projeto para reunião, pois se encontrava doente e não pôde apanhá-lo, ficou de remeter pelo professor Nei, que também reside em Petrópolis e trará para ser entregue à secretaria executiva em Teresópolis. Glória esclarece que o email para envio de projetos para a secretaria no Rio é sdrh@saúde.rj.gov.br. A professora Rosane, de Nova Friburgo tem dificuldade de enviar por não ter o modelo do formulário de projetos, que será enviado a ela por email pela secretaria executiva. Glória recomenda a leitura da portaria 198 para maior aproximação com as diretrizes do PEP pois o grupo de representantes de Nova Friburgo está com dificuldades em função da mudança da gestão da secretaria de saúde do município. Glória diz também que está sendo feita inscrição para tutores do curso de facilitadores em EP, e os presentes dizem que tal iniciativa não foi divulgada no PEP. Glória esclarece que o curso será feito na lógica nas modificações previstas de acordo com a demanda dos municípios em parceria com a ENSP, tendo 20 facilitadores por tutor. Sugere que os interessados entrem no “site” da Fiocruz para maiores detalhes. Luiz Henrique pergunta a

que Pólo o município de Areal pertencia anteriormente, e tem como resposta que pertencia à região centro sul médio Paraíba e baía da Ilha Grande. O município de Areal integrará o núcleo de Petrópolis e, segundo Luiz Henrique, será mais interessante por conta da proximidade física com o município de Petrópolis, de acordo com a estratégia a ser adotada pela Serrana para a dinâmica do Pólo. O grupo presente aprovou a inclusão de Areal no núcleo de Petrópolis. Foi discutida, a seguir, a possibilidade de São José do Vale do Rio Preto no núcleo de Teresópolis, e a possibilidade de Sumidouro e Guapimirim também se agregarem a esse núcleo. Em Nova Friburgo os representantes farão um movimento para incluir Cachoeiras de Macacu, Cordeiro, Bom Jardim, Cantagalo e São Sebastião do Alto no mesmo núcleo que deverá ter Nova Friburgo como núcleo. A professora Kátia reitera a necessidade de sensibilizar outros para agregar, considerando a possibilidade dos facilitadores serem responsáveis por essas aproximações de sensibilização. Glória lembra que é preciso envolver secretarias de saúde e instituições formadoras. Glória sugere ainda o encaminhamento da relação nominal dos facilitadores para que haja identificação dos nomes e localidades de cada um que já fez o curso para sua reaproximação com o PEP. Glória fala sobre o questionário de avaliação da conjuntura do PEP e o financiamento que não saiu desde 2004, no valor de 6000000,00 Esse relatório será levado por Tereza à Brasília. Os presentes desconhecem o teor desse documento. A secretaria executiva também não recebeu cópia. Glória observa que mesmo sem financiamento muitos municípios estão desenvolvendo projetos na lógica de educação permanente, o que sustenta a idéia da Educação Permanente e a conscientização do seu valor por parte dos que fizeram o curso ou que buscam desenvolver seus trabalhos ou projetos com base em seus princípios. Glória também esclarece em que ano de eleições muitos boatos podem surgir, e que o PEP sofreu distorções em sua trajetória nessa fase de possíveis mudanças, assim como em períodos anteriores, nessa mesma situação. Reitera que em ano eleitoral tudo fica mais difícil devido a interesses diversos. Diz ainda que levará em 19 de setembro ao CONASS. A professora Kátia disse que esteve em Brasília, na ocasião do SENADEM e numa mesa redonda sobre formação em saúde, houve a participação da Dra Ana Estela Hadadd. A plenária questionou-a sobre o destino do PEP. Obteve-se como resposta que estava em vias de finalização uma pesquisa feita pela SEGTEs sobre a avaliação da estratégia de EP nos diversos Pólos. As definições serão tomadas com base nos resultados. Foi dito por Glória e Luiz Henrique que os Pólos e as Secretarias Estaduais de Saúde não receberam essa pesquisa. Glória diz que outros pólos também desenvolveram atividades sem financiamento e recomenda que todas as atividades, mesmo que sejam pequenas iniciativas devem ser divulgadas. Segundo Glória existe a idéia de promover um encontro que possa mostrar as atividades da Metro I e Norte-noroeste . Glória diz que após o curso de facilitadores houve uma ótica diferenciada na execução das ações de saúde que passaram a ser feitas na lógica da educação permanente, que de certa forma houve uma transformação nas pessoas. Odair, representante de Petrópolis, fala sobre o projeto NESSA que está desenvolvendo juntamente com o PSF sobre o acolhimento a adolescentes em 5 regiões daquele município. Esse projeto se desdobrou em multiplicadores, acontece na lógica de EP e da problematização, tendo também o suporte dos facilitadores do município. A professora Margarida expôs que em Nova Friburgo é desenvolvido um trabalho em Cordeiro que permite a identificação de ações dentro da lógica de EP, assim como também é desenvolvido outro projeto pela professora Rosane sobre aleitamento materno para as unidades novas da Saúde da família. Glória informa que a SES está se preparando para realizar oficina sobre o Pacto pela Vida, com inclusão da Gestão do Trabalho, visando institucionalizar e descentralizar a organização da gestão do trabalho e EP com ações

planejadas. Esses movimentos facilitam financiamento pelas SMS garantido no pacto e conferência de saúde. Odair questiona sobre o Pacto pela Vida e tem como resposta que todos os municípios, deverão apresentar proposta a serem levadas para a oficina para serem avaliados em roda. O Pacto prevê disponibilização de verba para os projetos. Em seguida o professor Luiz Felipe socializou com o grupo a dinâmica dos trabalhos realizados em Petrópolis para organização do núcleo. Foram realizadas 3 reuniões, a primeira foi na FASE, onde foi apresentado histórico do Pólo, suas direções básicas e os eixos que norteiam suas ações, identificando as demandas de cada região. Comunica também que o município de areal não participou ainda dessas reuniões. É lembrada a necessidade da convocação para todos para a 1ª oficina que tratará do plano de trabalho. A professora Kátia observa que a data limite para apresentação é o dia 19 de outubro na reunião em Petrópolis. Ainda é abordada a necessidade de encontro ou contato com os municípios que não estão participando das reuniões no Pólo. A professora Rosane diz que fará contato com os municípios que não tem representação e envolverá o grupo de trabalho sobre aleitamento materno para compor. O estudante Douglas pergunta como se dá aproximação do aluno no processo e a professora Glória responde que o estudante tem temporalidade em função da sua formação, mas que a proposta é importante para o preparo desse ator social na sua prática profissional. O aluno relata que a FESO tem consciência da importância do papel do estudante nessa dinâmica e aponta que seria importante uma sensibilização feita através dos Diretórios. Douglas pergunta também sobre as estratégias utilizadas pelo Pólo para essa aproximação em outros municípios e tem como resposta que em Nova Friburgo percebe-se uma distância entre o Pólo e a formação acadêmica, embora possa haver um vínculo com a Estácio que tem estudantes do curso de graduação em Enfermagem fazendo estágio nas dependências municipais como campo de prática, no Hospital Amigo da Criança, por exemplo. Outra proposta que o grupo apresenta para essa aproximação é a inclusão de temas pertinentes à educação permanente em seminários e conteúdos curriculares para que haja entendimento, desde a graduação do valor da educação permanente como estratégia de conscientização e trabalho. A professora Kátia fala que na FESO existe preocupação nesse sentido e que os estudantes já participam de atividades na lógica da EP e que discutem o tema em diversos momentos de sua formação. Sem mais a reunião encerrou-se às 12: horas**.** Nada mais havendo a ser deliberado, a senhora Secretária Executiva encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos, e eu, Mônica Gomes Gonçalves, lavrei a presente ata.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COLEGIADO

08/11/2006 – FESO –Teresópolis

Participantes: Edneia T. Martuchelli Moço - UNIFESO, Teresópolis**;** Luiz Henrique de Sá – Núcleo PEP-Serrana, Petrópolis; Sheila Silva Rodrigues – ASVP –Casa Providencia; Maria de Fátima da S. Moreira Jorge – UNIFESO, Teresópolis; Josenira Célia dos R. Alves – Etis/SES; Catherine Moura – HCTCO,Teresópolis; Mônica G. Gonçalves (UNIFESO - Secretária).

A secretária executiva iniciou a reunião registrando a aprovação do Projeto Centro Universitário da FESO que altera sua denominação para UNIFESO. Disse que o trabalho triplicou que também ocorreram mudanças na estrutura do HCTCO, com isso houve a incorporação da profª. Fátima no Centro de Ciências da Saúde (antigo CCBM), que dará apoio à secretaria executiva. Que até o momento não tivemos nenhuma notícia com relação ao financiamento desta secretaria, o que complicou bastante a situação, tendo em vista termos que prestar contas à Instituição. Esclareceu que Fátima passará a colaborar junto à Secretaria Executiva. Falou que em contato com o Ministério da Saúde foi informada que não havia registro de recebimento de nenhum de nossos projetos, o que lhe causou bastante estranheza. E que somente projetos da Metropolitana e Baixada Litorânea foram recebidos, e todos ainda se encontram na SES, alguns já com aprovação na CIB. Citou como exemplo o reenvio do Projeto do PEP-SUS-RJ - Região Serrana, pois na reunião do Fórum dos Pólos soube que ele havia desaparecido e mais uma vez foi encaminhado. O Projeto Saúde da Família foi aprovado na CIB e encaminhado ao CES-RJ; Saúde Mental aprovado na CIB e sem outras informações. Que o projeto Observatório em Saúde, foi encaminhado e aprovado em outra instância no MS e já se encontra em andamento; PEPESC - obteve aprovação da CIB e encontra-se estacionado. Não foram aprovados ainda: Acolhimento em Saúde obteve aprovação da CIB e ainda está parado lá; Urgência e Emergência e Saúde Mental foram enviados no dia 1º de novembro para a SES. Uma das funções de Maria de Fátima será acompanhar o andamento destes projetos de perto, trazendo sempre notícias, posicionamento e localização. Edneia informou que alguns municípios já aderiram ao ProgeSUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS, conforme publicado na portaria nº. 2.261 de 22 de setembro de 2006, e que houve a adesão do município de Teresópolis, sendo indicada como gestora para representar o Município. Informou que o prazo para adesão a este programa termina hoje, e que só tomou conhecimento através da Secretaria Municipal de Teresópolis. Uma das vantagens deste programa é o envio dos Projetos pelos Municípios diretamente ao Ministério da Saúde, ou seja, o financiamento é fundo a fundo. A articulação será feita nos núcleos locais, onde os núcleos terão um papel importante. Propôs a inclusão da portaria

do ProgeSUS no relatório. Luiz Henrique reforçou que a função do núcleo pode ser reavaliada com o que já está proposto, mas questionou como ficará a função do PEP, o que em sua opinião sofrerá um esvaziamento. Ednéia reforçou que neste momento muitas mudanças ocorrerão no Estado e nos Ministérios. Informou ainda que a capacitação para os gestores desse processo será nos dias 7 e 8/12/06, em Guarapari - ES. Apresentou o documento básico que comporá o relatório do PEP-RJ-Região Serrana, apontando as fragilidades e fortalezas do Pólo e que foi consensuado pelo grupo. Nada mais havendo a ser deliberado, a senhora Secretária Executiva encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos, e eu, Mônica Gomes Gonçalves, lavrei a presente ata.