REGINA MARTA BARBOSA FARIA

Institucionalização da Política de Educação Permanente para o
Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências**

**Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza D' Ávila Viana**

**São Paulo
2008**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Regina Marta Barbosa Faria

Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Profa. Dra. Ana Luiza D' Ávila Viana

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

*Para minhas netas
Valentina, Clara e Rosa,
com amor de vó*

*Ao Vilmar, que em vida deu sentido à travessia e,
em memória, iluminou o esforço deste doutorado tardio.
Aos meus pais, meu irmão e minha filhotinha Luciana,
pela alegria do tempo em que estiveram aqui.*

AGRADECIMENTOS

A Marcella e Maurício Almeida Prado, minha filha e meu genro, pelos laços do amor familiar e pela imensa solidariedade.

A minha orientadora, Ana Luiza D'Ávila Viana, pelo ensinamento constante.

Aos meus colegas de muitas pesquisas, pelo trabalho em um ambiente de alegria e lealdade: Ana Maria Medeiros da Fonseca, Beatriz Mata, Elena Versolato, Ester Aparecida Viana, Hudson Pacífico da Silva, Jane Marchi Madureira Rached, Juliana Arantes Figueiredo, Juliana Pinto de Moura Cajueiro, Lais Cristina da Costa Manso Nabuco de Araújo, Luciano Prates Junqueira, Marcelo Cardoso Pinheiro, Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo, Maria Marta Rodrigues, Mariantonia Chippari, Rogério Pereira Calsavara, Rose Marie Inojosa, Sueli Galhardo e Tereza Mizue Nakagawa.

Na pessoa do Professor Pedro Luiz Barros Silva, agradeço ao Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/UNICAMP), instituição de especial importância na minha trajetória.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a cada um de seus professores, pela oportunidade do convívio e da aprendizagem.

Aos professores que participaram da Banca de minha qualificação, Amélia Cohn, Célia Regina Pierantoni e Paulo Eduardo Mangeon Elias.

A Sulamita de Assis, pela paciente e generosa revisão dos originais.

Às minhas irmãs Sula, Helena e Dora, pelo vínculo básico e os obstáculos que ultrapassamos juntas.

A Maria Coleta de Oliveira e Malvina Muszkat pelo incentivo que significou nosso trabalho conjunto.

A Mariana Rodrigues Alves, Carlos Estevam Martins, Cecília Galli e Lea Bigliani pela presença fraterna.

A Camila Aparecida Reginaldo da Silva e Christiane Prescher Martins, pelas atividades administrativas.

O CNPq apoiou a pesquisa sobre “Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde”, nos termos do Edital 49/2005, Processo 402062/2005-1.

RESUMO

FARIA, R. M. B. Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006 (Tese). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2008.

Este trabalho compara duas políticas recentes de capacitação de pessoal para a saúde, buscando identificar a relação entre o padrão institucional e as características organizacionais do sistema de formação. Investiga, ainda, o impacto dos padrões organizacionais no projeto de ensino e na capacidade de articulação do sistema formador. As duas políticas analisadas são as instâncias de articulação interinstitucional denominadas, respectivamente, Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF) e Pólos de Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP). O referencial conceitual que fundamenta a análise é oferecido pelas ciências sociais: Educação e Sociologia. A Educação orienta a análise do desenvolvimento cognitivo, e a Sociologia apóia a compreensão do arranjo das instituições que configuram o Estado e o marco institucional de suas políticas. O referencial metodológico é oferecido pela análise e avaliação de políticas públicas.

Descritores: desenvolvimento institucional; educação em saúde; política de saúde; Sistema Único de Saúde; Programa Saúde da Família; aprendizagem baseada em problemas.

ABSTRACT

FARIA, R. M. B. Institutional framework of training system for permanent education in health: Brasil, 1997-2006 (Thesis). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP). 2008.

We compare two recent health training policies, looking for connections between the institutional framework and the organizational characteristics of the training system. We also analyze the effects of different organizational patterns on the teaching projects and on the networking abilities of the training institutions. The policies are *Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF)* and *Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP)*. The conceptual framework comes from the Educational Sciences and Sociology. Education provides guidance for cognitive development and Sociology provides insights into public institutional arrangements. Considerable methodological support comes from the analysis and evaluation of public policies.

Descriptors: institutional development; education in health; educational policies for workers in health; health policy; Single Health System; Family Health Program; problem-based learning.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

INTRODUÇÃO 1

PARTE I: FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA A SAÚDE 11

1. DUAS POLÍTICAS RECENTES: Capacitação, Formação e Educação
Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF) e Educação
Permanente de Pessoal para o SUS (Pólos-EP)..... 12
 - 1.1. Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para
a Saúde da Família (Pólos-SF) 14
 - 1.2. Educação Permanente de Pessoal para o SUS (Pólos-EP) 16

PARTE II: MARCO CONCEITUAL DE REFERÊNCIA 25

2. PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE 26
 - 2.1. Aspectos Cognitivos e Metodologia da Aprendizagem Significativa 26

PARTE III: PADRÃO ADMINISTRATIVO-INSTITUCIONAL 38

3. ADMINISTRAÇÃO BUROCRÁTICA E ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL 39
 - 3.1. Estado Produtor-Desenvolvimentista 39
 - 3.2. Estado Regulador-Provedor 43
 - 3.3. Aspectos Institucionais do Desenvolvimento Social 46
4. CO-GESTÃO DE COLETIVOS E RODA 51

5. O DILEMA DA MODERNIDADE	56
----------------------------------	----

PARTE IV: EDUCAÇÃO E TRABALHO - ENSINO DE APLICAÇÃO	63
---	----

6. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	64
--	----

6.1. Capacitação no Cenário das Reformas Administrativas de 1967 e 1995	66
---	----

PARTE V – CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO EMPÍRICO	75
--	----

7. NATUREZA DAS PESQUISAS: DESENHO E METODOLOGIA	76
--	----

7.1. Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF	76
--	----

7.2. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde – Pólos-EP	86
--	----

7.3. Abordagem Metodológica	93
-----------------------------------	----

PARTE VI – ANÁLISE	98
--------------------------	----

8. RESULTADOS	99
---------------------	----

8.1. Marco Analítico	100
----------------------------	-----

8.1.1. Estrutura Organizacional: Interação Institucional e Processo Decisório.....	103
--	-----

8.1.2. Projeto Institucional: Conteúdos e Atividades	108
--	-----

8.1.3. Descentralização e Cooperação Institucional: Integração e Capilaridade	116
---	-----

8.1.4. Institucionalização e Mudança: Inovação, Monitoramento e Avaliação.	118
---	-----

9. CONCLUSÕES	124
9.1. Sistema de Capacitação: Organização e Projeto Institucional	126
9.2. Mudança ou Ruptura.....	129
9.3. Alcance e Limites dos Resultados das Avaliações	143
10. ANEXOS	145
Anexo A: Lista de Siglas	146
Anexo I: Roteiro de Entrevistas – Pesquisa Pólos-SF	150
Anexo II: Roteiro de Entrevistas – Pesquisa Pólos-EP	178
Anexo III: Relação de Entrevistados e Municípios Participantes	193
Anexo IV: Carta às Instituições	206
Anexo V: Cursos de Gestores Sociais em Instituições Seleccionadas.....	207
11. REFERÊNCIAS.....	211

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Escolas médicas existentes ao final de cada ano. Brasil e São Paulo, 1900-2008	74
Tabela 2	Distribuição dos Municípios Avaliados por Região e Pólo	84
Tabela 3	Distribuição das ESF entrevistadas por Região e UF	84
Tabela 4	Pólos de Educação Permanente: Projetos Encaminhados ao MS x Projetos Implementados, por Tipo de Atividades	113
Tabela 5	Abrangência das Atividades dos Pólos e Relação Ensino-Serviço	114

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Taxa de Crescimento das Escolas Médicas, por decênio, entre 1951-60 e 2001-2008, Brasil e SP.....	74
Gráfico 2	Total de Informantes Entrevistados nos Municípios Selecionados.....	85
Gráfico 3	Pólos-SF - Integração e Proatividade na Relação Ensino-Serviço	115
Gráfico 4	Pólos-SF - Diversificação das Atividades	115
Gráfico 5	Pólos-SF- Relacionamento Intergovernamental	117
Gráfico 6	Pólos-SF – Descentralização e Potencial de Multiplicação ..	117
Gráfico 7	Pólos-SF – Nível de Inovação Gerencial	120
Gráfico 8	Pólos-SF – Consolidação de Monitoramento e Avaliação	120
Gráfico 9	Níveis de Impacto dos Pólos-SF na Graduação	120
Gráfico 10	Níveis de Impacto dos Pólos-SF nas Instituições.....	120
Gráfico 11	Posicionamento dos Pólos Segundo seu Desempenho por Dimensão	127
Gráfico 12	Atividades Realizadas pelos Pólos-SF e pelos Pólos-EP	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais Características dos Pólos-SF e Pólos-EP	24
Quadro 2	Localização Geográfica e Composição Institucional dos Pólos-SF (Brasil, 1997-1998)	80
Quadro 3	Eixos Estruturantes e Parâmetros – Marco Analítico	82
Quadro 4	Eixos de Análise e Dimensões Estudadas no Nível Local.....	86
Quadro 5	Eixos e Parâmetros Comuns aos Pólos SF e EP e Especificidade.	92
Quadro 6	Indicadores por Dimensão Analisada	102
Quadro 7	Instituições Integrantes dos Pólos-SF por Natureza e Tipo de Participação.....	105
Quadro 8	Atividades dos Pólos de Saúde da Família. Brasil, 2000	112
Quadro 9	Aspectos Positivos das Políticas de Capacitação Avaliadas, Segundo Opinião dos Entrevistados.....	123
Quadro 10	Diferenciação dos conceitos de educação permanente e educação continuada	140
Quadro 11	Comparativo da Portaria MS-GM 198/04 e Portaria MS-GM 1996/2007. Aspectos Selecionados.....	142

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e o gerenciamento de recursos humanos – incluindo as funções clássicas de educar, selecionar, manter, prover, avaliar e requalificar – são reconhecidamente, no âmbito nacional ou internacional, um dos aspectos fundamentais da implementação da política de saúde. Por isso, a preocupação com os recursos humanos responsáveis pela prestação do serviço, em qualquer de suas vertentes, ocupa lugar central na agenda dos estudiosos. Entretanto, esta centralidade não se reproduz enquanto política pública orientada para capacitar e inserir os profissionais em carreiras correspondentes à essencialidade de seu trabalho. PIERANTONI (2001, p. 342) assinala o descompasso com precisão:

As intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (RH). [...] Na área de RH em saúde [...] há um mix inovador e conservador com uma característica marcante: inovador pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e ao mesmo tempo conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de saúde focadas na área de recursos humanos.

As razões do descompasso são expressivas e recorrentes.

Do ponto de vista **institucional**, assinala-se a coexistência, em todos os níveis da federação, de unidades públicas centrais e setoriais encarregadas da formulação de diretrizes tanto para a educação quanto para a saúde,

além de unidades da sociedade civil que participam do desenvolvimento de políticas de formação e aprimoramento. No âmbito deste marco institucional setorializado, a efetividade do diálogo entre educação e trabalho demanda consideráveis esforços de coordenação e articulação, inovações organizacionais e arranjos institucionais que atendam à necessidade de aumentar a capacidade resolutiva, a produtividade e a qualidade do serviço, viabilizando um ambiente propício para operar, em toda a rede SUS, a política de qualificação dos seus trabalhadores.

No âmbito **funcional**, entendido como o processo de capacitação básica para o exercício profissional, temos um cenário com equipes multiprofissionais, espectro amplo de especializações, oportunidade de formação em instituições heterogêneas, além da coexistência de diferentes regimes legais de regulação do exercício profissional. Estes aspectos, associados às inovações tecnológicas aceleradas, interferem nas escolhas e nos rumos da formação profissional, acentuam a competitividade salarial, estimulam a rotatividade e impactam, em cadeia, tanto os sistemas de saúde quanto os processos de trabalho e de aprimoramento.

Do ponto de vista **gerencial**, a disponibilidade de pessoal no setor público e suas necessidades de qualificação são mascaradas pela existência de um sistema de informação impreciso e pela inexistência de procedimentos sistemáticos de avaliação e monitoramento. Os sistemas de informação, quando existentes, são estruturados com vocação descritiva em detrimento de um caráter analítico, capaz de imprimir aos dados o referencial explicativo que permite interpretá-los de forma contextualizada, gerando conhecimento

e compreensão, tanto da situação analisada quanto de prognósticos bem-fundamentados. A ausência de informação eficaz para subsidiar o processo decisório é agravada pelos mecanismos legais e hábitos culturais que permitem o trânsito interinstitucional – através do instituto de cessão e comissionamento – de um montante expressivo de trabalhadores, acentuando o desequilíbrio entre as necessidades de pessoal e sua real disponibilidade. A inexistência de procedimentos de avaliação e monitoramento mascara a qualificação e o desempenho do *staff* e contribui para acentuar a impossibilidade aos processos de requalificação de alcançar o conjunto de profissionais que dela necessitam.

Do ponto de vista do **conteúdo da política** pública, a concepção do Sistema Único de Saúde e os esforços que vêm sendo feitos para sua consolidação no Brasil exigem profissionais competentes e permanentemente atualizados para responder a, pelo menos, duas exigências. Por um lado, implantar um modelo de saúde com as características sobejamente conhecidas de universalidade, descentralização, atenção integral, predomínio da prevenção e participação social. Por outro lado, e em processo simultâneo, identificar, incorporar e lidar com os procedimentos resultantes do intenso desenvolvimento tecnológico na área da medicina.

Neste ambiente multifacetado, esta tese associa duas áreas que consubstanciaram o conteúdo de minha experiência profissional: avaliação de políticas públicas e formação de pessoal para o setor público, incluindo a formulação e implementação de cursos destinados a capacitar analistas,

avaliadores e gestores de políticas e programas sociais¹. Desde meu primeiro estudo de avaliação, realizado durante o curso de mestrado², até as avaliações recentes elaboradas nesta tese, meu percurso profissional não se afastou do tema. Ao longo da caminhada (longa!), afinei o foco e associei ao marco analítico utilizado para aferir o desempenho das políticas a dimensão relacionada com a compreensão do processo de aprimoramento daqueles que as implementam.

Nesse contexto, analiso duas políticas recentes de aprimoramento de pessoal para a saúde, enfatizando a relação entre suas diretrizes, o desenho institucional concebido para implementá-las e a qualidade do desempenho da missão para a qual foram formuladas. As duas políticas, como veremos em detalhe no decorrer deste trabalho, foram concebidas para a Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família – doravante referida como Pólos-SF – e para a Educação Permanente de Pessoal para o SUS, referida doravante como Pólos-EP.

O objetivo da análise é identificar o impacto que diferentes desenhos organizacionais do sistema de ensino podem ter, tanto na definição de atividades apropriadas quanto na qualidade da articulação interinstitucional,

¹ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile/1967-69, pesquisadora; Fundação do Desenvolvimento Administrativo/1977-1998, coordenação e gerência do Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Administração; Escola Nacional de Administração Pública/1989-90, banca de seleção e diretora de ensino; Casa Civil da Presidência da República/1997-98, coordenadora da Rede Nacional de Capacitação/Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil; Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP/1998-2005, pesquisadora associada.

² Evaluación del Programa de Asistencia Alimenticia de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Ministerio de Educación y Escuela Latinoamericana de Sociología de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (ELAS/FLACSO). Santiago, Chile. 1967-68.

capazes, ambas, de ampliar o elenco de atores alinhados com os objetivos de aprimoramento do SUS.

A pergunta que faço é se diferentes tipos de organização do ensino e perfis institucionais do sistema capacitador alcançam, igualmente, os pretendidos objetivos de formar profissionais de excelência, aprimorar a qualidade do serviço e, principalmente, incorporar ao processo educacional os problemas ocorridos e identificados durante o exercício profissional. Coloco em discussão a necessidade de buscar uma organização mais apropriada para educação permanente de profissionais capazes de aprimorar a oferta e a qualidade do serviço de saúde. Procuro refletir sobre a existência, ou não, de características institucionais reconhecidamente capazes de sustentar sistemas de ensino mais eficazes para a saúde.

A realização da análise pretendida está norteada por três eixos estruturantes, relacionados com as diretrizes das duas experiências de capacitação avaliadas.

O primeiro eixo trata do significado e das implicações do conceito de *educação permanente*, buscando alinhar seus fundamentos conceituais com experiências brasileiras de ensino de aplicação e com a concepção de aprendizagem significativa difundida pelo principal instrumento do marco legal da política recente de educação para a saúde, a Portaria MS/GM/198/04³ (MS: 2004).

³ Durante o desenvolvimento desta tese, já próximo de sua conclusão, foi editada a Portaria MS-GM 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

O segundo eixo, fruto de uma reflexão sobre a lógica de operação utilizada para a constituição de equipes, comissões e colegiados encarregados da formulação dos projetos de educação para a saúde, examina os fundamentos e as principais características da institucionalidade dos sistemas de política social no Brasil.

O terceiro eixo, informado pelos dois eixos anteriores, é constituído pela análise dos dados sobre as duas experiências de capacitação avaliadas, agregados de modo a responder às questões formuladas pela investigação e que abordam, principalmente, dimensões referentes à organização e atuação do sistema de ensino.

A análise proposta está estruturada em nove capítulos.

O primeiro capítulo introduz o objeto de estudo. Descreve as principais **características das duas políticas de educação permanente analisadas** – Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF) e Pólos de Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP) – do ponto de vista da formulação de suas diretrizes educacionais e do desenho institucional sugerido para implementá-las.

O segundo capítulo trata dos **princípios teóricos da educação permanente**, examinando o marco conceitual de referência adotado neste trabalho, que estabelece uma relação formativa entre a experiência prática e o processo de aquisição de conhecimentos. O objetivo é criar condições para o aprofundamento da reflexão sobre os fundamentos de um processo educacional que considera o aluno como ator e agente do seu processo de aprendizagem, ampliando a compreensão do mecanismo de

retroalimentação existente entre aprender, ancorar o novo conhecimento em conceitos já existentes e utilizar, em situações novas, o conhecimento adquirido. Esta estratégia educacional tem sido amplamente difundida como ensino de aplicação ou educação construtivista e é hoje conhecida, entre os profissionais de saúde, como “educação permanente”, promotora de uma aprendizagem significativa.

O terceiro e quarto capítulos contemplados na parte III deste trabalho têm o objetivo de identificar os padrões de institucionalização e administração em cujos contextos, ou sob cujas orientações, foram formuladas e delimitadas a política social e as estratégias de capacitação de recursos humanos responsáveis pela sua implementação, principalmente no campo da formação de pessoal para a saúde. Assim, o terceiro capítulo aborda o marco administrativo-institucional vigente desde a segunda metade do século passado, assinalando os fundamentos e princípios da **administração burocrática e da administração gerencial**, de modo a identificar as condições que circunscreveram as decisões e os procedimentos afeitos à política social e às condições propiciadas para o desenvolvimento de experiências de aprendizagem significativa. O quarto capítulo aborda as características e o cenário do processo decisório fundamentado na estratégia metodológica de **co-gestão de coletivos** (CAMPOS, 2003), buscando compreender sua relação com as diretrizes de educação permanente para a saúde outorgadas a partir de 2004 (MS 2003 e 2004).

O quinto capítulo aborda o dilema e a possível contribuição da **modernidade**, cujos valores e princípios caracterizam os traços básicos da

administração pública exercitada, no Brasil, nas últimas quatro décadas do século passado e primeiros anos do atual, descrita neste trabalho como administração burocrática e administração gerencial.

O sexto capítulo, no contexto da pedagogia do ensino de aplicação, trata de identificar **experiências brasileiras de educação permanente**, examinadas em contextos que viabilizaram a emergência de projetos de formação de recursos humanos que enfatizam a relação entre ensino e exercício profissional, entre a aquisição de conhecimentos e a prática do aprendiz. Este capítulo descreve projetos institucionais de ensino que objetivam a devolução ao serviço da bagagem de conhecimentos assimilados no processo educacional e, em caminho inverso, os esforços para incorporação do conteúdo do trabalho ao processo de ensino-aprendizagem. A identificação destas experiências é conduzida no âmbito de dois contextos selecionados: a administração burocrático-gerencial emergente com a reforma do Estado de 1967 e o cenário da reforma do Estado de 1995, que teve por objetivo, entre outros, consolidar o modelo administrativo gerencial.

O sétimo capítulo apresenta o **desenho e as características metodológicas das duas pesquisas de avaliação** realizadas em 2000 e 2006. As duas investigações foram conduzidas com estratégia metodológica mista, contemplando análise documental e entrevistas semi-estruturadas com atores selecionados. Por outro lado, a comparação estabelecida entre as duas estratégias de capacitação é fundamentada no referencial metodológico das pesquisas de avaliação de políticas públicas, especialmente na concepção das avaliações somativas, que comparam

diferentes programas, objetivando subsidiar o processo decisório de formulação da política.

No oitavo capítulo, são apresentados os **resultados** e, no nono capítulo, as **conclusões**, com o objetivo de responder às indagações que motivaram este estudo: que relação existe entre determinados elementos de um marco institucional global e as diretrizes da política de capacitação; em que medida o desempenho da política de capacitação – compreendido enquanto adequação entre a ação e as diretrizes – pode ser influenciado pelo desenho organizacional do sistema de implementação adotado; como se comportam determinados aspectos das duas estratégias avaliadas com respeito ao alcance dos objetivos da política de capacitação. Finalmente, quais são os principais componentes institucionais do sistema de capacitação que se aproximam do paradigma da modernidade ou, em oposição a este paradigma, que elementos podem ser identificados como característicos do processo decisório que contempla a participação de múltiplos atores em arenas identificadas como *roda* ou *“um espaço coletivo, formal ou informal, onde circulam afetos e são estabelecidos vínculos para a elaboração de um contrato e um projeto de intervenção”* (CAMPOS, 2003, p.30).

O conceito de “marco institucional” utilizado neste trabalho interconecta organizações e instituições e fundamenta minha hipótese principal: diferentes padrões globais de institucionalização impactam os formatos organizacionais concebidos para implementação da política, da mesma forma que o formato organizacional impacta o desempenho da política implementada, tanto no que se refere à lógica de operação para definição

das atividades educacionais, quanto aos processos de articulação interinstitucional constitutivos de redes de capacitação.

PARTE I

FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA A SAÚDE

CAPÍTULO 1 – DUAS POLÍTICAS RECENTES

1. DUAS POLÍTICAS RECENTES: CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA (PÓLOS-SF) E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL PARA O SUS (PÓLOS-EP)

A qualificação de recursos humanos para a saúde vem ampliando seu espaço na agenda decisória em decorrência do reconhecimento de que os profissionais da área podem ser elementos propulsores ou impeditivos do desenvolvimento efetivo, do aprimoramento e da consolidação dos sistemas saúde⁴.

Nesse contexto, as ações educativas tratam de estabelecer e compreender os vínculos existentes entre educação e mercado de trabalho, entre gestão e assistência, assim como entre gerenciamento e participação ou controle social. O espectro dos programas de qualificação e aprimoramento é amplo, contemplando conteúdos substantivos, orientações pedagógicas e desenhos inovadores em diferentes níveis educacionais: graduação, pós-graduação, especialização e educação permanente. O público-alvo é igualmente amplo e heterogêneo, incluindo diferentes categorias, dependendo da fonte utilizada. Se considerarmos as profissões que contam com Conselhos Federais na área de saúde, temos biologia e biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia,

⁴ Duas obras organizadas por Negri B.; Viana, A. L. D'Ávila e por Negri B.; Faria, R.; e Viana, A. L. D'Ávila contêm artigos inteiramente dedicados ao Sistema Único de Saúde e ao desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. As obras são, respectivamente: **O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio**, São Paulo, SOBRAVIME E CEALAG: 2002 e **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**, UNICAMP-Instituto de Economia e Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Campinas. 2002. Foram consultados, principalmente, os trabalhos dos seguintes autores (e respectivos co-autores), indicados no capítulo Bibliografia: Ana Luiza D'Ávila Viana, Celia R. Pierantoni, Celia R. Rodrigues Gil, Francisco Eduardo Campos, Heloiza Machado de Souza, Mario Roberto Dal

medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e radiologia (MS: 2004^a). A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) apresenta uma relação de 39 profissões (SÁBADO, N.G. et al: 2008), entre as quais se incluem: Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem, Biomédico, Dentista, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional. Não está incluída a profissão de agente comunitário de saúde⁵.

A educação permanente de pessoal para a saúde oferecida mediante programas com maior autonomia – para além do circuito educacional formal e enquanto política pública – foi focalizada desde a segunda metade da década de 1990, quando foram concebidos sistemas de capacitação e estruturas para implementá-los, objetivando alcançar melhores níveis de participação, controle social e integração entre ensino e serviço.

Entre outros fatores estimulantes, a adesão das Escolas Técnicas do SUS ao Programa de Formação de Assistentes de Enfermagem (PROFAE) ocasionou o fortalecimento e a presença mais significativa, no cenário do ensino, dos setores de Recursos Humanos das unidades subnacionais, responsáveis pela gerência e oferta do serviço, conforme resultados da

Poz, Paulo Henrique D'Angelo Seixas, Pedro Enrique Brito Quintana, Roberto Passos Nogueira.

⁵ Nota Tripartite assinada pela Secretária Executiva do MS, pelo Presidente do CONASS e pelo Presidente do CONASEMS (CONASEMS: 2007) informa que “*atualmente, as normas legais pertinentes à profissão dos ACS encontram-se dispostas na Emenda Constitucional (EC) número 51/2006 (que acrescentou ao artigo 19 da Constituição da República os parágrafos 4º, 5º, e 6º) e na Lei 11.350/2006, que cuida da regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias*”.

avaliação do PROFAE⁶.

As duas políticas de capacitação analisadas neste trabalho fazem parte deste esforço de valorização dos recursos humanos e de seu papel principal na consolidação do Sistema Único de Saúde.

1.1. Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF).

Os Pólos-SF traduzem a organização da educação permanente em sistema que agregou os profissionais de Saúde da Família, responsáveis pela implementação das práticas de saúde em equipes multiprofissionais, concebendo a participação social mediante a incorporação de agentes comunitários de saúde membros da própria comunidade. O referido sistema foi divulgado em dezembro de 1996, através de chamada de projetos por Edital Público nº04, de 06/12/96, endereçada a instituições de ensino e de serviço. Em resposta ao edital, foram apresentados vinte e um projetos ao Ministério de Saúde (MS), permitindo, naquele primeiro processo seletivo, o credenciamento de 10 Pólos, 6 Projetos de Capacitação e 5 Projetos de Cursos. A partir de novembro de 1997, com financiamento proveniente de recursos do REFORSUS⁷, este conjunto de Instituições de Ensino Superior, Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde e Direções

⁶ Das 26 ET-SUS existentes em 2003, 20 ofereceram cursos de qualificação profissional no âmbito do PROFAE. Avaliação Institucional do PROFAE (Relatório de Apresentação dos Resultados ao MS). NEPP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP. Campinas, 2003.

⁷ REFORSUS (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde): projeto de investimento do Ministério da Saúde, instituído no final de 1996 por acordo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) no valor de US\$577

Regionais de Saúde (DIREs), concretizaram o marco institucional responsável pelo estabelecimento do diálogo institucional em torno de uma agenda concreta destinada a orientar a capacitação e formação de pessoal para a saúde da família. Assim, os Pólos-SF foram qualificados como espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de pessoal para a saúde, vinculadas às universidades, a instituições isoladas de educação superior – que se consorciavam ou celebravam convênios com as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde – para implementar programas destinados às equipes que prestam serviços em saúde da família⁸.

As atividades dos Pólos-SF enfatizadas pelas diretrizes educacionais compreenderam capacitação básica introdutória; conteúdos e práticas relacionados com o ciclo de vida e áreas temáticas; estágios comunitários, internatos e residência médica em saúde da família. Os instrumentos para execução dos projetos de capacitação incluíram cursos, seminários, treinamento em serviço, grupos de discussão e educação à distância.

O formato institucional do sistema de capacitação contemplou um núcleo de coordenação e articulação encarregado de formular as diretrizes, implementar a programação destinada aos formadores e multiplicadores e disseminar os conhecimentos, mediante a articulação de organizações (públicas e/ou privadas) capazes de aumentar sua capilaridade. Integram

milhões. Objetivo: recuperação da rede física de saúde e melhora da gestão do sistema de saúde.

⁸ NEPP/UNICAMP, 2002. Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF - Relatório de Pesquisa, Etapa 2, (FARIA, R. coord).

esse núcleo os gestores estaduais e municipais de saúde; instituições de ensino superior (universidades e faculdades com cursos na área de saúde); centros capacitadores das Secretarias Estaduais de Saúde; Escolas de Saúde Pública e demais formadores vinculados aos serviços.

Os critérios para acreditar/credenciar as instituições proponentes como Pólos-SF destacaram a necessidade de integração entre ensino, serviço e instâncias de representação, ao mesmo tempo em que definiram requisitos capazes de indicar esta integração: aprovação dos projetos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); participação dos gestores estaduais e municipais (SES e SMS); participação de instituições de ensino superior (públicas ou comunitárias) com cursos de medicina e enfermagem (IES); estabelecimento de compromissos e parcerias com contrapartidas institucionais; demonstração de experiência em educação para a atenção básica; detalhamento dos objetivos e metas, tanto no referente ao perfil desejado para os alunos, quanto ao impacto nos cursos de graduação; articulação das atividades de ensino com a prática profissional (solução de problemas, internatos, estágios curriculares); introdução de inovações gerenciais promotoras de integração com a administração municipal.

1.2. Pólos de Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP)

O segundo sistema de capacitação analisado neste trabalho foi concebido conforme Portaria 198/GM/MS, de fevereiro de 2004, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 04/09/2003 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 18/09/2003. Através da referida portaria, o

Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um ponto de inflexão na concepção, organização e forma de atuação do sistema de capacitação e requalificação de pessoal até então vigente. Esta política – consubstanciada nos Pólos de Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP) – reservou para si mesma uma dupla missão. Por um lado, constituir-se no eixo transformador do sistema de capacitação, promovendo a necessária articulação entre educação e saúde e modificando as práticas dominantes no sistema. Por outro lado, ser o elemento integrador das iniciativas existentes, consideradas, segundo estas novas diretrizes, como portadoras de orientações conceituais heterogêneas e estilo operacional fragmentado⁹.

Critérios para credenciamento dos projetos. Os projetos deveriam apresentar, explicitar ou anexar, como critérios para seu credenciamento, os seguintes dados ou informações: previsão de impactos nas ações e serviços de saúde, na gestão do SUS, na educação em todos os níveis, na produção e disseminação de conhecimento; definição dos compromissos dos parceiros e forma de envolvimento: gestores, órgãos de controle social, entidades estudantis, instituições de ensino, hospitais de ensino, outros serviços de saúde; necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas; relação da proposta com os princípios e diretrizes do

⁹ Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes

SUS; mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere; proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares; plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista.

As diretrizes educacionais dos Pólos-EP, conforme a Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, enfatizam a dimensão pedagógica fundamentada na relação entre o exercício profissional (prática) e conteúdo do ensino (educação), caracterizando uma aprendizagem significativa, nos termos da abordagem metodológica construtivista. Além disso, demandam a integração da rede de serviços em uma cadeia de cuidados progressivos e intercomplementares à saúde, com o objetivo de transformar as práticas de saúde e de educação no conjunto do SUS e das instituições formadoras.

Resumidamente, as seguintes áreas são contempladas como norteadoras das atividades: educação permanente e estruturação dos pólos, atenção básica e PSF, gestão, curso de facilitadores, controle social. De maneira um pouco mais detida, podem ser assinaladas as diretrizes gerais e sugestões de atividades que constam de anexo à Portaria 198/04, capítulo “Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS – Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde”. A estrutura adotada contempla: enfoque, eixos de ação e atividades.

O tema ênfoque aborda, de maneira geral, uma condição necessária para a concretização da educação permanente. Contempla diferentes tipos de atividades destinadas a promover o desenvolvimento da capacidade pedagógica. Focaliza diversas condições de ensino e um público-alvo amplo, com a inclusão de todos os trabalhadores do setor saúde.

Os eixos de ação, como o nome indica, definem as ações gerais que deverão ser desenvolvidas e implementadas, objetivando a capacitação de RH para as áreas de gestão e atenção à saúde: formação de tutores, facilitadores e orientadores; utilização de educação à distância (EAD) como tecnologia pedagógica para educação permanente; organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente; especialização em saúde da família; residências multiprofissional e integrada; pós-graduação; qualificação e formação de ACS e atendentes em consultórios dentários, técnicos de higiene dental e auxiliares de enfermagem; atualização e desenvolvimento em áreas temáticas prioritárias; organização de estratégias facilitadoras de mecanismos de referência e contra-referência; acolhimento e responsabilização; continuidade e integralidade; desenvolvimento de investigação sobre temas relevantes; promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde: gestores de unidades locais, equipes gestoras; desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem:

formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde; desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente; articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem; desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção; desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

As atividades contemplam a programação educacional propriamente dita, detalhando ações relacionadas com os eixos de ação: cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente em saúde; estruturação de recursos e programas de educação à distância; realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS; abertura e/ou expansão de cursos de especialização em Saúde da Família e outros; expansão ou implantação de programas de residência multiprofissional em Saúde da Família e residências integradas em saúde; implantação de programa de habilitação técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS); desenvolvimento de cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para atendentes de consultório dentário (ACD), técnicos de higiene dental (THD) e técnicos e auxiliares de enfermagem; formação de outros técnicos em saúde; cursos em temas prioritários, como a atenção integral em todas as fases da vida; agravos relevantes (hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial,

neoplasias); atenção em urgência e emergência; atenção e internação domiciliares; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica; desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais; cursos de desenvolvimento gerencial (organização de serviços e processo de trabalho); cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social; especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; cursos para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social; cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços; estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso); processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS; especialização em educação de profissionais de saúde; implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes; desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar; participação na vivência e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde.

O formato institucional do sistema de capacitação concretizado pelos Pólos-EP demanda uma gestão colegiada conduzida por um conjunto expressivo de atores pessoais e institucionais em permanente processo de negociação

e pactuação política concretizado, formalmente, em quatro instâncias organizacionais:

- Colegiado de Gestão, responsável pela elaboração das propostas e definição das estratégias e operações conceituais referentes à estratégia pedagógica, metodologia, processos seletivos, definição de prioridades e temas centrais, além das providências necessárias para o fortalecimento do controle social. O papel principal do colegiado de gestão é quebrar a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia dos fluxos, substituindo a arquitetura do organograma pela dinâmica da RODA. Neste sentido, os Pólos configuram Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde.
- Conselho Gestor, instância mais operacional que se responsabiliza pela promoção de reuniões periódicas do Colegiado de Gestão.
- Secretaria Executiva, composta por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde, para concretizar e agilizar os encaminhamentos (decisões) do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.
- Comitês Temáticos, responsáveis pela análise e deliberação das áreas de formação e desenvolvimento eleitas como prioridade local e regional ou determinadas pelas instâncias de controle social ou, ainda, de pactuação intergestores. Esses comitês devem preservar o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, compartilhando ações e abordagens, mediante o desenvolvimento de planejamento,

execução e avaliação de forma integrada (matricialmente) com o Colegiado de Gestão.

A mudança proposta pela Portaria 198 (MS: 2004) enfatiza três aspectos importantes: (a) definição do marco conceitual e metodológico do processo pedagógico, caracterizado como “educação permanente em saúde”; (b) caracterização de um público-alvo ampliado; (c) composição e estruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, aos quais se atribuiu competência para efetivar a política. Neste contexto, os Pólos de Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP) são concebidos como:

Instâncias de articulação interinstitucional e localregional que, funcionando como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, articulam e negociam as ações de saúde, envolvendo os gestores e serviços do SUS, as instituições formadoras, as instâncias de representação denominadas controle social e as representações estudantis. Constituem o locus para a identificação de necessidades, a construção de estratégias e formulação de políticas no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, orientados pelas suas necessidades e pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo o espaço para debate e decisão política e não o lugar executivo de implementação das ações. (MS, 2004: *passim*)

O Quadro 1 apresenta uma comparação entre os dois sistemas de capacitação, com respeito a algumas de suas principais características.

Quadro 1: Principais Características dos Pólos-SF e Pólos-EP

ITEM	PÓLOS-SF	PÓLOS-EP
IDENTIFICAÇÃO	Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família.	Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
DEFINIÇÃO SEGUNDO AS DIRETRIZES OFICIAIS	Espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação que se consorciam ou celebram convênios com SES e/ou SMS para implementar programas destinados às equipes de saúde da família.	Espaços para o estabelecimento de diálogo e negociação entre os atores responsáveis pelas ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de aprimoramento da qualidade de gestão e atenção integral à saúde. Fortalecimento do controle social.
ATENÇÃO: PRIORIDADE E EXTENSÃO	Ênfase na atenção básica e foco nas equipes de saúde da família. Organização do ensino orientada por eixos temáticos: cursos introdutórios; ciclo de vida (criança, mulher e adulto); áreas temáticas (AIDPI, saúde mental); educação permanente (especialização, estágios, internatos); formação (integração de SF na estrutura curricular da graduação e pós; estágio curricular; seminários sobre saúde pública).	Sistema de capacitação voltado para todos os níveis de atenção (básica, média e de alta complexidade), configurando uma cadeia de cuidados progressivos à saúde e focalizando todos os profissionais da área. Organização do ensino baseada em diretrizes ascendentes a partir da vivência prática e dos problemas enfrentados no trabalho.
COMPONENTES DA ESTRUTURA	Instituições de ensino superior com experiência e projeto educacional na área de saúde; instituições gestoras nas instâncias estaduais e municipais (SES e SMS); escolas e centros de formação de recursos humanos em saúde (Escolas Técnicas do SUS, escolas de saúde pública e demais centros formadores das Secretarias de Saúde estaduais e municipais).	Gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área de saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das SES e SMS; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.
DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO	Nível central: Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Níveis operacionais: nas instituições responsáveis, existência de um <u>núcleo de coordenação e articulação</u> encarregado de formular as diretrizes, implementar a programação destinada aos formadores e multiplicadores e disseminar os conhecimentos, mediante a articulação de organizações (públicas e/ou privadas) capazes de garantir a participação dos atores envolvidos e de aumentar a capilaridade do sistema de capacitação.	Focaliza a participação ampla em roda. Proposição de integração horizontal não hierárquica e projeto educacional ascendente, resultante do equacionamento dos problemas detectados na prática, devidamente debatidos e sistematizados pelo Colegiado de Gestão, com a participação ativa dos atores que integram a RODA decisória. Vínculo administrativo dos Pólos-EP com o nível central através do Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
FINANCIAMENTO	Recursos federais provenientes do Projeto Reforsus	Recursos federais provenientes do Orçamento do Ministério da Saúde

Fontes :Elaboração própria a partir de NEPP/UNICAMP, 2002 e Brasil- Ministério da Saúde Portaria MS/GM N.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 .

PARTE II

MARCO CONCEITUAL DE REFERÊNCIA

CAPÍTULO 2 – PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

2. PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.1 Aspectos Cognitivos e Metodologia da Aprendizagem

Significativa

A tarefa de examinar os fundamentos e a natureza do ensino ativo-reflexivo, em oposição ao ensino descritivo, é o principal objetivo deste capítulo, que resume o marco conceitual de referência adotado neste trabalho.

Na literatura especializada, a questão da educação de adultos é abordada sob duas óticas. A primeira trata dos aspectos cognitivos da aprendizagem, buscando compreender como as informações são processadas. A segunda enfatiza a metodologia e os processos de ensino utilizados para estimular esse desenvolvimento e obter resultados eficazes.

Com respeito aos aspectos cognitivos da aprendizagem, duas correntes teóricas sintetizam o debate sobre o processo de construção do conhecimento. Conforme ROSCHKE (1997, p. 4), a primeira corrente considerou a aprendizagem como resultante de estruturas inatas, genéticas. Segundo esta perspectiva, *“o sujeito é o principal determinante de sua aprendizagem, porque o conhecimento ou está pré-formado nele ou é fruto de seu pensamento”*. A segunda considerou, como elemento essencial da aprendizagem, a experiência, o empirismo, a contribuição da cultura e do meio ambiente. De acordo com esse ponto de vista, *“a experiência é o fundamento de todo conhecimento. Nada está na inteligência que não tenha passado pelos sentidos, (...) o que significa centrar o processo da aprendizagem no objeto do conhecimento”*. (Roschke, 1997, p. 4)

Piaget ofereceu a síntese do processo de construção do conhecimento e, tanto do ponto de vista epistemológico, quanto do ponto de vista metodológico, a educação lhe deve muito. Tão importante quanto difícil é o volume XXII da *Encyclopédie de la Pléiade: Logique et Connaissance Scientifique*, publicado, sob sua direção, em 1967 e que trata da lógica, da metodologia e da teoria do conhecimento. Pela importância, este trabalho deveria considerar em detalhe tal obra; pela dificuldade, recomenda-se postergar a oportunidade de enfrentamento. Assim, recorro a Roschke (1997) para mencionar apenas uma das muitas e decisivas contribuições de Piaget para o desenvolvimento cognitivo e a educação:

Do ponto de vista educacional, Piaget fundamenta o desenvolvimento cognitivo em uma ação recíproca de assimilação e acomodação entre o sujeito e o objeto. [...] O aprender, como o pensar, resulta de um processo de construção [...] e este processo de construção deriva de um princípio permanentemente estudado por Piaget em uma perspectiva tão construtivista quanto genética: o conhecimento é uma operação que constrói seu objeto. (ROSCHKE, 1997, p. 3)

Representante da corrente que aprofundou os estudos sobre o modo de processar as informações para o desenvolvimento das estruturas cognitivas, David AUSUBEL (1996), um dos principais teóricos da *aprendizagem significativa*, considera que o “armazenamento” das informações é organizado de modo a permitir que os conceitos mais gerais ancorem os conceitos mais específicos, conformando uma estrutura cognitiva hierarquizada que representa as experiências do indivíduo.

A noção de aprendizagem significativa se opõe à noção de aprendizagem

mecânica, que ocorre quando o novo conhecimento não se ancora em algo já conhecido, sendo apenas memorizado. Mais complexa do que a simples memorização, a aprendizagem significativa exige o estabelecimento de relações capazes de viabilizar explicações gerais, o que é possível quando um novo conhecimento assimilado interage com conhecimentos abrangentes já existentes em sua estrutura cognitiva. A ocorrência da aprendizagem significativa, assim, exige que o aprendiz, disposto a aprender analiticamente – em substituição ao aprender mecanicamente - vá buscar, em sua estrutura cognitiva, o significado, a explicação e a compreensão do “novo”, estabelecendo sua relação com os conhecimentos compreensivos que já possui.

A busca do significado é uma filtragem psicológica que cada indivíduo faz, selecionando os materiais que têm, ou não, significado para si (Ausubel, *apud* Moreira, 1979, *passim*), sendo que o significado da aprendizagem pode ser lógico (atributo do objeto de conhecimento) ou psicológico (atributo da estrutura cognitiva do sujeito).

Jerome BRUNER (1972), um dos mais expressivos formuladores das teorias cognitivas da aprendizagem, a concebe como um processo social ativo durante o qual os aprendizes constroem novas idéias e conceitos baseados em seu estoque acumulado de conhecimentos. Para tanto, selecionam e transformam informações, formulam hipóteses e integram as novas informações em seu acervo existente de conhecimentos, em sua estrutura cognitiva. A estrutura cognitiva atribui significado e organização à experiência, permitindo ao indivíduo ir além da informação recebida. O

processo é contínuo e permite a agregação permanente de novos elementos aos conhecimentos assimilados. Como prática pedagógica, o instrutor deve encorajar o aprendiz a descobrir, por si mesmo, princípios e padrões.

Segundo Bruner, as teorias de aprendizagem deveriam focalizar quatro aspectos principais: existência de predisposição para aprender; estruturação eficaz do corpo de conhecimentos; apresentação do material em seqüência o mais efetiva possível; identificação da natureza e ritmo do sistema de recompensa. Esta teoria construtivista supõe três estágios de desenvolvimento intelectual. O primeiro, mais operacional, é aquele no qual os indivíduos aprendem através de ações ou objetos; o estágio seguinte contempla a capacidade de aprender através de modelos e representações gráficas; o terceiro é o estágio simbólico, que congrega indivíduos capazes de aprender em termos abstratos.

O princípio básico da teoria cognitiva de Bruner é que uma combinação de atividades concretas, pictóricas e simbólicas, nesta ordem, conduz a um processo de ensino mais efetivo, principalmente se as referidas atividades forem propostas através de metodologia que permita gerar novas proposições e ampliar a possibilidade de aplicar, em situações novas, os conhecimentos adquiridos.

Vários autores, dentre os quais Robert GAGNÉ (1985) e Benjamin BLOOM (1972) contribuíram para a passagem dos estudos sobre o desenvolvimento da estrutura cognitiva àqueles que enfatizam o processo instrucional, entendido como uma série de etapas que incluem, no plano cognitivo, desde a simples memorização de fatos específicos até a capacidade de

solucionar problemas, usando processos mentais mais complexos como compreensão, análise, síntese e avaliação.

A preocupação com os processos, métodos e materiais instrucionais não é trivial e o objetivo de relacionar as teorias de aprendizagem com os processos e métodos instrucionais é demonstrar a impossibilidade de restringir as diretrizes pedagógicas apenas aos seus fundamentos conceituais. Dito de outra maneira, boas diretrizes não produzem, em teoria, os resultados esperados, sendo essencial a contribuição de materiais e métodos instrucionais adequados. Qualquer que seja a orientação esposada, a opção pedagógica precisa ser complementada por métodos e materiais adequados ao tipo de ensino proposto pelas diretrizes.

Jerome Bruner, ele mesmo um dos educadores que se dedicaram profundamente à teorização dos processos mentais que estruturam a cognição humana, preocupou-se com a engenharia instrucional capaz de estimular e concretizar, de maneira eficaz, o desenvolvimento intelectual teorizado. Em setembro de 1959, fez parte de um grupo de 35 cientistas convocados pela *National Academy of Sciences* para um encontro de dez dias em Woods Hole/Cape Cod. O objetivo do encontro e a motivação para realizá-lo estão resumidos no relato do próprio Bruner (1972), que diz:

[...] esses cinquenta anos viram a psicologia afastar-se de suas preocupações anteriores, no que concerne à natureza da aprendizagem como ocorre na escola. A psicologia da aprendizagem tendeu a ocupar-se intensamente dos detalhes precisos da aprendizagem em situação de curto prazo, altamente simplificada, e perdeu, com isso, muito do contato com os efeitos educacionais da aprendizagem a longo prazo. Por seu lado, os psicólogos educacionais voltaram sua atenção, com

grande efeito, para o estudo da aptidão e realização e para os aspectos sociais e motivacionais da educação, mas não se preocuparam diretamente com a estrutura intelectual das atividades em classe. (Bruner: 1972, p. 3)

Ao refletir sobre a elaboração de currículos adequados para um ensino de excelência, os cientistas presentes em Woods Hole definiram quatro temas que deveriam ser levados em conta e aprofundados, com o objetivo de permitir incorporar aos materiais instrucionais e aos programas educacionais aspectos importantes para o desenvolvimento intelectual, emocional e social dos aprendizes.

O primeiro tema a ser considerado na elaboração de currículos é papel central da “**estrutura**”, entendida como relação entre as partes, na aprendizagem e no ensino:

O ensino e a aprendizagem da estrutura, mais do que simples domínio de fatos e técnicas, estão no centro do clássico problema da transferência [...] das habilidades e hábitos básicos que tornam possível o uso ativo [*da aplicação*] das matérias a cuja compreensão se tenha chegado. [...] Se o aprendizado anterior deve tornar mais fácil o que vem depois, deve fazê-lo oferecendo uma visão geral, a partir da qual as relações entre as coisas encontradas antes e depois se tornem as mais claras possíveis. (Bruner, 1972: pp.10-11)

O segundo tema refere-se a “estar em condição de aprender” e qualifica os mecanismos disponíveis para utilizar, em novas situações, os conhecimentos previamente armazenados. A proposição contida neste segundo tema é que considerando-se que *“idéias básicas encontram-se no âmago de toda disciplina, tê-las à disposição e usá-las eficientemente*

permite que os fundamentos de qualquer assunto possam ser ensinados a quem quer que seja” (Bruner, 1972, passim).

O terceiro tema trata da “natureza da intuição” e estimula “a *técnica intelectual de chegar a formulações plausíveis, porém tentativas, sem percorrer os passos analíticos, através dos quais essas formulações poderiam ser consideradas conclusões válidas, ou não*” (Bruner, 1972, p. 12).

O quarto tema trata do “desejo de aprender e a maneira de estimulá-lo” e, em que pese o reconhecimento do poder estimulador do mecanismo competitivo da recompensa, os educadores presentes em Woods Hole trataram de focalizar a atenção nas possibilidades de fazer do interesse o principal estímulo para aprender:

Idealmente, o interesse na matéria a ser aprendida é melhor estímulo para a aprendizagem do que metas exteriores, tais como notas ou futuras vantagens competitivas. [...] Muito se discutiu a respeito de como se pode melhorar o clima em que ocorre a aprendizagem para acentuar sua motivação [e] os debates focalizaram tópicos variados, tais como treinamento de professores, natureza dos exames escolares e qualidade do currículo [...]. (Bruner, 1972, p. 13)

Uma visão geral da aprendizagem adulta¹⁰ assinala quatro áreas predominantes nas pesquisas sobre o tema. A primeira focaliza o processo de *ensino auto-orientado*, que concebe o aluno como responsável pelo controle de sua própria aprendizagem e coloca questões para reflexão, quais

¹⁰ Brookfield, Stephen. Adult Learning: An Overview. In A. Tuinman (ed) – 1995. International Encyclopedia of Education. Oxford, Pergamon Press. Disponível em: <http://nlu.nl.edu/ace/Resources/Documents/AdultLearning.html> (14/02/07; 10:37:38)

sejam: a definição das próprias metas, a alocação de recursos e escolha metodológica. A segunda linha de pesquisa verifica a propriedade do *processo de reflexão crítica*, cada vez mais aclamado como o ideal para a educação de adultos. A terceira focaliza a *aprendizagem baseada na experiência* (ou aprendizagem experiencial), que vem destacando a natureza interativa entre prática e aprendizagem, em detrimento da noção de “precedência” de um ou outro. Finalmente, a quarta linha de pesquisa na área instrucional vem-se dedicando ao tema *aprendendo a aprender*, cujos resultados oferecem condições melhores para a utilização dos conhecimentos em situações novas, relacionando-se com a importância, descrita por Bruner, de enfatizar o ensino da estrutura, das relações entre as partes, ao invés de focalizar os currículos em aspectos e fatos específicos.

Em qualquer dos trabalhos resumidos, e mesmo considerando a existência de abundante literatura sobre a natureza dos processos e mecanismos de capacitação e aprendizagem profissional, estamos longe de obter consenso quanto às características do processo reflexivo, que permite a aprendizagem significativa no mundo adulto. Tampouco temos respostas consensuais para algumas assertivas que atribuem aos adultos o caráter de aprendizes naturalmente auto-orientados ou portadores de processos exclusivos de raciocínio.

As evidências disponíveis para afirmar que a aprendizagem é uma atividade naturalmente prazerosa para os adultos ainda estão em processo de consolidação. Inúmeras investigações tratam de verificar se os adultos “aprendem a aprender” como as crianças e se, movidos pela curiosidade,

são naturalmente capazes de compreender as estruturas, investigando relações e conexões como respostas para suas indagações. Finalmente, o acervo de conhecimentos existentes sobre o processo cognitivo adulto e a inteligência humana faz referência a etapas definidas, ora por faixas etárias ou de amadurecimento, ora por momentos seqüenciais de um contínuo que vai do muito concreto ao muito abstrato.

Contribuem positivamente para a compreensão do conceito de educação permanente as seguintes assertivas teóricas decorrentes do marco de referência examinado:

- A estrutura cognitiva é representativa das experiências do indivíduo e, ao mesmo tempo, lhes atribui significado e organização.
- Esse processo de retroalimentação é contínuo e permite ao indivíduo ir além de cada informação recebida, agregando novos elementos aos conhecimentos anteriormente assimilados.
- Os conhecimentos armazenados na estrutura cognitiva se organizam hierarquicamente dando aos conceitos gerais a oportunidade de ancorar conceitos novos, gerais ou específicos.
- A interação entre os conhecimentos já existentes na estrutura cognitiva e os conhecimentos novos, em permanente processo de assimilação e acomodação, é atributo fundamental da aprendizagem significativa.
- O aprendizado da estrutura – enquanto estabelecimento de relações e descoberta de padrões e princípios – permite o exercício intelectual da

transferência, traduzida pela aplicação dos conhecimentos existentes em novas situações.

Entre os educadores brasileiros, Paulo FREIRE (1967 e 1970) é um dos que mais detalhadamente e por mais longo tempo se dedicou a demonstrar a eficácia de um processo pedagógico que relaciona a aprendizagem com a experiência, incorporando a prática do aluno ao seu processo educacional. O método Freiriano – sobejamente conhecido e aplicado em programas de alfabetização – está estruturado sobre três pilares básicos: a etapa de investigação, durante a qual professores e alunos identificam o universo vocabular dos aprendizes; a etapa de tematização, dedicada à análise do significado social das palavras e temas anteriormente identificados; a etapa de problematização, na qual o aluno adquire, estimulado pelo professor, a postura crítica que substitui a visão mágica do mundo. Com respeito à contribuição do professor Paulo Freire para a educação permanente em saúde, reporto-me a Ceccim (2004, p.162), que diz:

Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeadas por Paulo Freire desde [...] Educação como prática da liberdade [...] até Pedagogia da Indignação. De Paulo Freire provém a noção de aprendizagem significativa, por exemplo. [E prossegue em nota] A obra de Paulo Freire em Educação se estende de 1959 a 2000. Para identificar o período do primeiro bloco, pode-se indicar Educação como prática da liberdade, obra original de 1967, e para o segundo bloco, Pedagogy of the City, de 1993. [...] No caso brasileiro, em particular, verificamos nos movimentos de mudança na atenção à saúde a mais ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire.

Apesar da política de educação permanente ter viabilizado um cenário positivo em permanente construção e em que pese o reconhecimento da efetividade da dimensão formativa da experiência prática, é preciso considerar algumas questões.

A primeira, na contracorrente de eventuais dogmatismos, sugere que a generalização de modelos pedagógicos e estratégias de ensino em face de um público-alvo reconhecidamente heterogêneo, tanto do ponto de vista social quanto do ponto de vista cultural, pode adicionar complexidade a um cenário já, por si, suficientemente complexo. Joyce e Weil, autores de um clássico sobre modelos de ensino (1972, p. xi), advertem no prefácio:

Models of Teaching é um livro vivo escrito para espíritos vigorosos e intelectuais entusiasmados. Não é adequado para aqueles que buscam proteção contra a ansiedade e as incertezas induzidas pelas atividades docentes. Sem dúvida, é um livro que começa reconhecendo a inexistência de uma via expressa para o sucesso pedagógico ou de soluções fáceis para os complexos problemas instrucionais. [...] Os princípios do ensino não foram concebidos como um sistema estático de crenças, mas como uma interação dinâmica com os princípios sociais e cognitivos, com as teorias de aprendizagem subjacentes aos procedimentos, com a tecnologia de apoio disponível e com as características pessoais e intelectuais dos grupos de aprendizagem. O que se enfatiza é a variedade de opções que o professor pode adotar e adaptar à sua situação peculiar. (Tradução própria)

A segunda questão a considerar indica que a eficácia dos modelos de ensino e estratégias metodológicas varia segundo as condições de seu uso, que incluem o desenvolvimento de materiais instrucionais adequados ao padrão de desenvolvimento cognitivo esposado.

Uma terceira questão indica a necessidade de identificar o fórum adequado para a definição das estratégias pedagógicas. Principalmente quando as estratégias definidas devem ser adotadas em programas de ensino com amplo espectro de cobertura, como é o caso daquelas destinadas a viabilizar a implementação de políticas públicas como a saúde. Ter clareza sobre os níveis organizacionais e os atores responsáveis pela definição da metodologia de ensino pode aprimorar os níveis de adesão e eficácia de seu exercício. Um processo negociado entre os formuladores da política, na arena decisória central, e os atores encarregados de implementá-la, no fórum local, pode incluir a necessidade de capacitar os capacitadores, o que pode ser interpretado como ingerência indevida, no contexto da educação permanente concebida segundo os padrões ditados pela metodologia da co-gestão de coletivos ou roda.

Finalmente, é importante identificar o processo de construção dos conteúdos instrucionais a partir da problematização da experiência prática: conteúdos emergentes a partir da identificação de problemas; estabelecimento de prioridades; tratamento dos conteúdos em processo de desenvolvimento do material instrucional; diálogo, discussão e treinamento dos professores ou animadores são algumas das questões relevantes que precisam ser consideradas em benefício do sucesso das diretrizes da política, dos programas ou dos projetos.

PARTE III: PADRÃO ADMINISTRATIVO-INSTITUCIONAL

CAPÍTULO 3 – ADMINISTRAÇÃO BUROCRÁTICA E ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL

CAPÍTULO 4 – CO-GESTÃO DE COLETIVOS E RODA

CAPÍTULO 5 – O DILEMA DA MODERNIDADE

3. ADMINISTRAÇÃO BUROCRÁTICA E ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL

Este capítulo aborda o marco institucional concretizado pela administração burocrática e pela administração gerencial vigentes nas últimas quatro décadas do século passado. O objetivo é descrever as condições político-administrativas, inspiradas por valores da modernidade, que circunscreveram as diretrizes para a estratégia social e para a capacitação dos recursos humanos responsáveis pela sua implementação.

3.1 Estado Produtor-Desenvolvimentista

A reforma do Estado dos anos sessenta buscou desenvolver e implementar um modelo político-administrativo capaz de responder às demandas da política econômica então vigente. Iniciada em 1964 e consolidada com a edição do decreto-lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, objetivou a concretização de uma administração gerencial, capaz de aprimorar os mecanismos e procedimentos do setor público, corrigindo o modelo burocrático antecedente, diagnosticado como hipertrofiado, moroso e ineficaz. Entretanto, o resultado é um modelo de transição que manteve características da administração burocrática, cujos princípios fundamentais, como já vimos, se traduzem em profissionalização, hierarquia funcional, impessoalidade e universalismo, formalismo, controle e carreiras estruturantes do exercício da burocracia, enquanto corpo de profissionais. A referida reforma viabilizou a criação de empresas e fundações dispostas a

identificar e capacitar recursos humanos de excelência para as novas carreiras do setor público.

Planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle constituíram os instrumentos básicos da reforma. A estrutura administrativa do Estado contou com dois pilares: as instituições da administração direta ou centralizada, integrada pelos Ministérios e pelos órgãos da Presidência da República, e a administração indireta ou descentralizada, integrada por autarquias, portadoras de serviço autônomo com personalidade jurídica, receita e patrimônio próprios; empresas públicas, dotadas de personalidade jurídica de direito privado com patrimônio próprio e capital exclusivo da União ou de suas entidades vinculadas; sociedades de economia mista, dotadas de personalidade jurídica de direito privado para o exercício de atividades mercantis sob a forma de sociedade anônima; e, posteriormente¹¹, fundações públicas dotadas de personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e patrimônio próprio. Aos mecanismos até então concebidos para constituir uma burocracia permanente, ocupante de cargos estáveis no setor público, agregou-se o mecanismo da *contratação*, ampliando a coexistência de uma tecnocracia moderna e competente e um núcleo tradicional característico da administração burocrática, para cuja substituição a reforma de 1967 teria sido feita.

¹¹ São classificadas como fundações públicas as fundações que passaram a integrar a Administração Federal Indireta, por força do disposto no § 2º do art. 4º do decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, na redação dada pelo decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986.

A opinião dos estudiosos sobre a contribuição do decreto-lei 200/1967 para o aprimoramento da administração pública brasileira não é consensual. Para muitos, a reforma do Estado de 1967 criou condições para a expansão e o fortalecimento da administração descentralizada, agilizou e disciplinou os procedimentos e a organização da administração pública, principalmente os procedimentos relacionados com a administração financeira e contábil. Além disso, contou com profissionais de excelência em postos-chave da administração, promovendo a ideologia desenvolvimentista e efetivando a reforma do Estado. Assim diz RIBEIRO (2002, p. 5):

O [...] governo militar, a partir de 1964, trouxe consigo um ambiente [...] reformista e ideologicamente imbuído do espírito desenvolvimentista que irrompeu na América Latina após a segunda metade da década de 60. [...] Fator importante, nesse contexto, foi a presença, em postos-chave da Administração, de civis e militares com passagem pela Escola Superior de Guerra e formação segundo as mais modernas teorias econômicas e administrativas. [...] Com este perfil e diante do propósito de restabelecer a autoridade política [...], o governo federal deflagrou um novo movimento de concentração política no Executivo federal [criando] o Ministério Extraordinário para o Planejamento e Coordenação Econômica, responsável pelo orçamento e pela reforma administrativa. Determinou-se a elaboração de um plano geral de governo e exigiu-se a articulação entre as pastas do Planejamento e da Fazenda, responsável pela política fiscal, a partir de então sob a supervisão direta do Presidente da República. A estruturação do governo favoreceu a coordenação política de suas ações, ensejando uma experimentação administrativa mais tarde consolidada na legislação. [Os padrões de industrialização foram alterados, sendo definidos] a partir de dois princípios básicos: (i) concentração de riqueza com objetivo de facilitar investimentos em projetos ambiciosos de industrialização pesada e (ii) abertura da economia ao investimento de capital internacional.

Para outros, ainda segundo RIBEIRO (2002, p.8):

O processo de expansão da administração indireta decorrente da descentralização implementada pelo decreto-lei 200/67 foi diagnosticado como danoso ao Estado, que teria perdido o controle operacional da máquina pública por excesso de flexibilidade administrativa. A autonomia da administração indireta foi considerada excessiva e responsável pelo enfraquecimento dos mecanismos de controle administrativo.

Apesar das divergências, fica claro que o fortalecimento de estruturas descentralizadas e com maior autonomia premiou o esforço feito para compensar a morosidade dos procedimentos administrativos das organizações centralizadas e assinalou os primeiros passos em direção a uma administração gerencial com maior autonomia de ação e oportunidades mais amplas de recrutamento e contratação de pessoal.

A opinião sobre o impacto do decreto-lei 200 na política de recursos humanos também é objeto de controvérsia. Uma vertente considera que o impacto se traduziu na expansão do sistema de mérito e na busca de novas estruturas de classificação de cargos, tendo sido, por alguns anos, bem-sucedido. Outra vertente considera que, no referente à política de recursos humanos, concessões foram feitas à administração indireta, garantindo grande liberdade para contratações e preenchimento de cargos, o que terminou abalando o sistema de mérito inicialmente perseguido, além de comprometer o prestígio e a capacidade de controle da administração centralizada ou direta.

O tratamento do tema neste trabalho reconhece no decreto-lei 200 o propósito de conferir maior agilidade e flexibilidade à administração pública,

implementando medidas expressivas para sua racionalização e dinamização, o que ocasionou – no cerne das instituições integrantes da administração descentralizada – um movimento para a identificação e/ou desenvolvimento de quadros de excelência. E foi neste contexto que surgiram e se consolidaram alternativas institucionais e experiências vitoriosas de capacitação de pessoal para o setor público que, além de viabilizar estruturas inovadoras, firmaram as bases para o aprimoramento da oferta de capacitação de recursos humanos, bem como para as futuras Escolas de Governo, disseminadas mais tarde.

3.2 Estado Regulador-Provedor

Entre a reforma dos anos sessenta e o Plano de Reforma do Estado de 1995, registra-se em 1986, durante o governo civil, o objetivo de fortalecer a administração direta através do restabelecimento dos mecanismos de controle abalados pela expansão da administração indireta. A reforma administrativa sugerida almejou recriar uma elite dirigente no interior da administração central, modernizando o aparelho de Estado. Entretanto, as diretrizes ditadas, seja para a recuperação do poder de controle e do prestígio da administração centralizada, seja para as ações modernizadoras do Estado, não contemplaram a valorização dos recursos humanos e se restringiram a objetivos de racionalização financeira, gerando retrocesso no referente à agilidade da administração descentralizada. Segundo RIBEIRO (2002, p.8):

as diretrizes definidas para reforma e modernização da administração

concentraram-se: (i) na racionalização de procedimentos para a contenção de gastos públicos; [...] (ii) na subordinação das fundações às mesmas normas e regulamentos que a administração direta; (iii) no estabelecimento do regime jurídico único para os servidores e (iv) na racionalização da estrutura da administração federal e dos mecanismos de tutela administrativa.

O projeto de reforma do Estado iniciado em 1995 encontrou a burocracia permanente ainda curando cicatrizes do processo indiscriminado de difamação a que foram submetidos os servidores públicos em fins dos anos 80 e início dos anos 90, acusados, sem distinção e em campanhas públicas, de ser beneficiários de prerrogativas inaceitáveis.

Segundo FARIA V. (2002, *passim*), a partir de 1995, assinala-se o projeto político-institucional caracterizado pela persecução de objetivos promotores de mudanças destinadas (i) a redirecionar o Estado para as atividades em que ele é essencial; (ii) capacitar o pessoal, reformando as carreiras e dando nova motivação aos funcionários públicos; (iii) aumentar a eficácia do setor público quanto à oferta de serviços sociais e promoção do desenvolvimento econômico sustentado; (iv) garantir a estabilidade macroeconômica, uma vez que o controle da inflação e a estabilidade da moeda têm um efeito redistributivo importante, além de contribuir para a estabilidade financeira e administrativa; e, finalmente, (v) promover a austeridade fiscal. A estratégia de desenvolvimento social concebida neste contexto organizou-se segundo os princípios da universalidade, solidariedade, igualdade de oportunidades, participação, descentralização e estabelecimento de parcerias entendidas como mecanismo capaz de desenvolver compromissos com a sociedade

civil, representada por empresas, sindicatos, igrejas, universidades e organizações não-governamentais. Por meio desses acordos, assinala o autor, seriam desenvolvidas novas formas públicas, não necessariamente estatais, para enfrentar os problemas do desenvolvimento social, cuja extensão tornava impeditiva a ação isolada do Estado.

Ao introduzir o projeto de substituição do Estado produtor pelo Estado regulador e ao fortalecer a interação entre o setor público e as organizações públicas não-estatais, o Plano Diretor da Reforma do Estado definiu atividades exclusivas e não exclusivas do Estado, o que convém reproduzir para compreender o cerne da reforma:

No aparelho do Estado é possível distinguir quatro setores: *Núcleo Estratégico* [que] corresponde ao governo, em sentido lato. [...] Define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. É o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. Corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no Poder Executivo, ao Presidente da República, aos ministros e seus assessores. [...]. *Atividades Exclusivas* [...], setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar [...], com poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar [cobrança e fiscalização de impostos, poder de polícia, previdência social básica, fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, serviço de trânsito, compra de serviços de saúde pelo Estado]. *Serviços Não-Exclusivos*. Setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas [e em cujos serviços] o Estado está presente porque envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e os da saúde. [...] São exemplos: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. *Produção de Bens e Serviços para o Mercado* [...], área de atuação das empresas, caracterizada pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado, como [...] as do setor de infra-estrutura. (BRASIL, 1995, p.23)

3.3 Aspectos Institucionais do Desenvolvimento Social

O sistema de proteção social brasileiro, sabidamente fragmentado, corporativo e caro, não tem sido capaz de cumprir as determinações constitucionais com medidas eficazes. Reformas e revisões de natureza institucional, incluindo alterações do sistema de financiamento e distribuição de recursos entre as esferas de governo, têm sido, historicamente, alternativas adotadas para responder ao desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades crescentes da população.

No período 1995-2002, a institucionalização da política social e dos programas decorrentes ocupa espaço importante na agenda governamental, compreendendo duas características bem-sucedidas. A primeira delas consistiu da recolocação em cena e do fortalecimento do modelo de institucionalização que atribui aos conselhos nacionais de políticas setoriais o controle social das políticas públicas. A segunda traduziu-se pelo fortalecimento funcional e técnico de estruturas setoriais, desenvolvendo mecanismos de articulação e coordenação em detrimento de estruturas burocráticas centralizadas.

Este esforço expressivo de institucionalização gerou as Câmaras Setoriais, concebidas para coordenar e articular os escalões dirigentes dos distintos setores em torno da discussão, definição de prioridades e diretrizes de ação para encaminhamento de macroproblemas ou questões relacionadas com áreas temáticas. Reunindo-se regularmente sob a coordenação da Casa Civil, as câmaras de política econômica, infra-estrutura, política social,

reforma do Estado, segurança e justiça foram integradas por ministros permanentes (Fazenda e Planejamento), pelos respectivos ministros setoriais, por presidentes de autarquias e empresas públicas, quando procedente, e administradas por um secretário executivo. Enfim, a composição do corpo de participantes em cada reunião foi determinada pela natureza do problema tratado. Este mecanismo decisório democrático, entretanto, não produziu resultados homogêneos em todas as áreas e vale a pena examinar seu desempenho na área social. Segundo o coordenador da Câmara de Política Social. [FARIA, V., 2003, pp.33-34]:

o resultado dessas câmaras foi desigual. Entre as mais bem-sucedidas estão a Câmara de Política Econômica, que se reúne semanalmente, quase sempre com a presença do Presidente da República, a Câmara de Infra-estrutura e a Câmara de Política Social. É esta Câmara de Política Social que tem servido de mecanismo de articulação e coordenação da estratégia de desenvolvimento social em curso no Brasil e seu sucesso relativo, especialmente nos anos iniciais de montagem e implementação da estratégia de desenvolvimento social, se deveu basicamente a quatro fatores, todos de natureza política: empenho das autoridades centrais do Governo, especialmente da Presidência da República; convergência de perspectivas – não sem conflitos e árduas negociações – entre os Ministros das principais áreas sociais; [...] maioria de técnicos de reconhecida capacidade e homens de estrita confiança do Presidente da República; sensibilidade e disciplina por parte das autoridades econômicas – não sem conflitos e desencontros – quanto às decisões alcançadas na Câmara e referendadas pelo Presidente da República, embora nem sempre tenha prevalecido o ponto de vista das áreas sociais. [...] O mecanismo para lidar com esses problemas de coordenação nasceu no seio da Câmara de Política Social [na qual] foi criado um comitê executivo coordenado pelo Secretário [coordenador] da Câmara. [Este] lhe deu um formato flexível, orientado para resolver os problemas dos secretários executivos dos respectivos Ministérios, cuja

função básica é a implementação operacional das políticas, programas e projetos. [Apenas] os problemas de integração, articulação e coordenação operacional que não tinham solução nesta etapa foram levados à instância ministerial da Câmara. O sucesso desta iniciativa, embora até mesmo maior que o da coordenação macropolítica, também variou de programa para programa e deveu-se, igualmente, mais a fatores de natureza político-administrativa do que a fatores de centralização burocrática. Entre eles, cabe mencionar: a capacidade técnica e de gestão dos secretários executivos setoriais, uma continuidade administrativa, relativamente longa, a convergência de perspectiva no que se refere às orientações da estratégia de desenvolvimento social, a sustentação política recebida pelos secretários executivos de seus respectivos ministérios e a legitimidade conseguida junto às suas respectivas máquinas administrativas.

Os mecanismos de articulação e coordenação descritos se opõem à concepção alternativa de uma “autoridade social”, centralizada em uma estrutura burocrática com poderes operacionais abrangentes.

No período de 1995 a 2002, não houve espaço para este tipo de organização. Buscando, mais uma vez, a opinião daqueles que viveram esta experiência, encontro que tanto o coordenador da Câmara de Política Social quanto o próprio Presidente da República concordam quanto à procedência de adotar alternativas descentralizadas, mais difíceis e exigentes em relação aos esforços de articulação e coordenação, porém politicamente mais democráticas e administrativamente menos custosas. Segundo o coordenador da Câmara Social:

Uma iniciativa [do tipo *autoridade social centralizada*] seria politicamente inviável e operacionalmente ineficaz por duas razões: enfeixaria poderes

decisórios sob o controle de um único dirigente e contaria com mecanismos de operação escassos e ineficientes. [...] Diferente do que ocorre na área econômica, onde os mecanismos de operação são relativamente poucos e altamente eficientes – o orçamento, a taxa de juros, o câmbio, o controle das receitas, entre outros –, na área social estes instrumentos são muito mais numerosos e de eficiência muito mais restrita. Além do mais, boa parte do corpo técnico operacional e *expertise* se encontra nos Ministérios setoriais [...]. Centralizá-los numa macroestrutura apenas aumentaria sua ineficiência. A experiência brasileira aponta noutra direção: reformar e fortalecer as estruturas setoriais do ponto de vista funcional e técnico, dotá-las de força, prestígio e poder político e desenvolver mecanismos e não estruturas burocráticas de articulação e coordenação. (FARIA, V., 2003, p. 33)

Com o que concorda CARDOSO (2003, p.10):

Das muitas análises pertinentes que Vilmar ali faz [referência a V. Faria, 2003] sobressaem, a meu ver, as considerações sobre os equívocos da centralização decisória, como suposto remédio para eventuais problemas de desarticulação e sobreposição na execução das políticas sociais. Mais complexo, mas mais frutífero, é o caminho percorrido, em oito anos de governo, que passa pela coordenação dos vários órgãos e níveis de governo responsáveis pela oferta das políticas sociais.

A organização administrativa dos últimos anos do século XX e sua marca de institucionalidade, nos termos descritos por atores qualificados, podem ser resumidas como um esforço de coordenação e articulação baseado na valorização funcional, técnica e administrativa dos órgãos setoriais, além do reconhecimento da necessidade de valorizar os servidores públicos dedicados às atividades-fim e às atividades-meio da administração pública:

Nossa experiência também sugere que a recuperação e valorização funcional, técnica e administrativa dos órgãos setoriais são um aspecto fundamental da melhoria do desempenho dos governos na área social. Neste sentido, parte das atividades de reforma do Estado e de melhoria da gestão deve se dirigir para a valorização dos servidores públicos que se dedicam às atividades-fim (professores, médicos, assistentes sociais etc.) bem como a melhor preparação profissional dos que se dedicam às atividades-meio nestes setores (gerentes, gestores, pessoal de recursos humanos, informática etc.), incentivando e premiando a competição saudável, o desempenho e a progressão nas carreiras. (FARIA, V., 2003, p. 39)

A necessidade de valorizar os recursos humanos dedicados à implementação da política pública de saúde, quer na sua dimensão fim, de prestação do serviço, quer na sua dimensão meio, de gerenciamento, é reconhecida pelo atual Ministro da Saúde. Entre os 22 relevantes compromissos assumidos quando de sua posse (TEMPORÃO, 2007, p. 5), destacamos:

Estabelecer, com os profissionais de saúde, um diálogo que permita avançar na discussão da política salarial, das condições de exercício profissional, do combate à precarização do trabalho, de sua qualificação permanente e adotando nesta perspectiva a máxima "cuidar de quem cuida" [...]. Por fim quero dizer aos funcionários do ministério de minha intenção de criar aqui um clima de cumplicidade, de companheirismo. De fazer uma gestão democrática, introduzindo novo modelo de gestão. Quero todos próximos construindo e dividindo projetos, sonhos, dúvidas e sucessos. Que esse clima se dissemine pelo MS: uma equipe coesa construindo um projeto para o país e para todos.

4. CO-GESTÃO DE COLETIVOS E RODA

Este capítulo assinala, em linhas muito gerais, as características da estratégia metodológica de *co-gestão de coletivos e roda*, de inspiração pós-moderna, sugerida por CAMPOS (2003 e 2007) e definida como fundamental para a constituição das equipes (colegiado e conselho) responsáveis pela elaboração dos planos de ação do sistema de capacitação de pessoal para o SUS adotado a partir de 2004.

O objetivo é assentar as bases para compreender, por um lado, em que medida o cenário de *co-gestão de coletivos e roda* traduziu uma experiência concreta e operante de formulação de política pública e, por outro lado, o quanto – e com que grau de eficácia – as atividades e conteúdos definidos no referido fórum, e segundo a mencionada estratégia metodológica, respondem de forma mais adequada às demandas do SUS e às necessidades de seus usuários.

Os capítulos precedentes e tudo o que foi dito até aqui deixam claro que a *co-gestão de coletivos em roda* não é minha especialidade e que – exceto por diversas experiências consistentes de trabalho participativo em equipes multidisciplinares – é restrito meu conhecimento sobre os processos de planejamento e gerenciamento, nos termos recomendados por CAMPOS (2007, pp. 13-14):

Processos de gestão e planejamento que assumem explicitamente, como tarefa, trabalhar não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados [de modo a compreender que] a gestão é uma tarefa coletiva – sistemas de co-

gestão – e não somente uma atribuição de minorias poderosas e especialistas (CAMPOS, 2007, pp.13-14).

Neste sentido e por dever ético, estou atenta ao esforço que devo empreender para considerar a *co-gestão de coletivos e roda* enquanto uma estratégia metodológica de organização de processos e equipes de trabalho, sem confundi-la com um cenário institucional que interconecta organizações e instituições para o exercício de poderes reservados – até o momento – ao Estado.

O resumo apresentado neste capítulo está organizado sob duas dimensões: a primeira apresenta as diretrizes oficiais para a utilização da estratégia metodológica de co-gestão de coletivos e roda na formulação e implementação da política de educação permanente de pessoal para o SUS. A segunda caracteriza a referida estratégia em linhas muito gerais, como já foi dito.

Em termos de diretrizes oficiais, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, foi instituída, como já vimos, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 32/2004, secção I. Em seu artigo 1º, parágrafo único, a resolução ministerial explicita a decisão de:

Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. [...] A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como *Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão)* [... sendo a roda de gestão integrada por:] 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 ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas.

O *Colegiado de Gestão* de cada Pólo-EP é composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um *Conselho Gestor* – formalizado por resolução do Conselho Estadual de Saúde – constituído por representantes do Secretário Estadual de Saúde, do COSEMS, do Secretário de Saúde do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes.

Em termos das características da estratégia de co-gestão de coletivos e roda, vamos ao autor, para quem a gestão compartilhada ou o exercício do co-governo cumpre três funções básicas:

a função clássica de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e [a terceira] pedagógica e terapêutica [traduzida pela] capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos (CAMPOS, 2007, p.14).

A inspiração para conceber o método de co-gestão de coletivos e roda, informa o autor, tem origem na idéia de formação integral do ser humano,

cujas fontes principais estão desenvolvidas em seu trabalho anterior (2003). No trabalho específico sobre o método (CAMPOS, 2007, *passim*), duas fontes coadjuvantes são assinaladas: a necessidade de criar um método para lidar com pessoas, em decorrência da constatação de que, após anos lidando com gente, sabia pouco sobre o assunto, e o desejo de construir uma teoria capaz, ao mesmo tempo, de criticar as correntes voltadas para os estudos dos grupos, organizações e instituições. A inspiração para conceber a roda como processo de negociação e discussão, no qual cada um aprende a respeitar o ritmo coletivo, veio da observação de como os pedagogos e professores construtivistas iniciam o dia de trabalho nas escolas, enriquecida pela observação das rodas de samba, de candomblé e ciranda.

A crítica principal está voltada para o *taylorismo* e para os aspectos de automação de sua racionalidade gerencial. E o esforço redefinidor está endereçado, principalmente, ao conceito de hierarquia e ao exercício hierárquico do poder de coordenação, direção e controle, valores da racionalidade gerencial, cujos arranjos organizacionais, na concepção do autor, se orientam para a educação servil e para a mediocridade. No contexto dessa crítica, alienação real, submissão, servilismo, mediocridade e exploração são características das organizações que não pertencem aos produtores e que, *“possuídas pela elite (física ou jurídica), ocasionam a alienação formal da maioria”*. O antídoto, informa o autor, *“é a construção de lugares e de tempos por meio dos quais as equipes, de fato, possam interferir nos sistemas produtivos”* (CAMPOS, 2007, *passim* e pp.27 e 28).

A aplicação desta estratégia na construção de espaços e tempos de produção dos serviços de saúde, com a interferência real das equipes no processo desta produção, parece ser uma atividade complexa. Principalmente quando se trata de formular projetos de capacitação capazes de, por um lado, atender à especificidade das demandas local e regional, por outro lado, incorporar ao ensino os problemas oriundos da prática e, finalmente, mas não menos importante, atender às diretrizes do SUS.

Pode ser desejável, mas em princípio é, a médio prazo, improvável que na arena decisória representada pelos Colegiados de Gestão se concretizem *Coletivos Organizados para a Produção de Saúde*, segundo expressão de CAMPOS (2007, pp. 34 e 35), nos quais os trabalhadores/produtores não apareçam separados da gestão dos meios de produção e dos resultados de seu próprio trabalho. Vale dizer que – na situação proposta – seria condição necessária que os trabalhadores, além de ter compromisso com o projeto-atividade (à moda da burocracia permanente), estivessem desalienados, construindo e atuando em sistemas unificados e descentralizados com tarefas planejadas em redes co-gerenciadas.

5. O DILEMA DA MODERNIDADE

No estrito referencial das instituições públicas estatais vistas enquanto recursos de organização, descrevi os cenários nos quais se vem desenvolvendo a política de formação dos recursos humanos responsáveis pela implementação e gerência das políticas públicas sociais. Ao fazer esta descrição, levei em consideração um gradiente dinâmico cujo ponto de partida, determinado intencionalmente, foi o Estado produtor-desenvolvimentista, que enfatizou uma administração pública burocrática promotora e mensageira de valores administrativos e institucionais modernos: competência, eficiência, impessoalidade, carreira, burocracia, rigor, mérito, entre outros.

Como ponto de transição, descrevi o contexto de um Estado regulador-provedor que, sem abandonar os valores predominantes na administração burocrática, definiu as atividades exclusivas do Estado e enfatizou a administração gerencial associada a uma interação expressiva do setor público com a sociedade civil.

Ambos os cenários foram caracterizados como dinâmicos e não se apresentaram como portadores de fronteiras rigidamente delimitadas. Destacaram, contudo, características de um marco político-institucional de inspiração moderna, de cuja modernidade o Estado é simultaneamente reflexo e vetor, segundo CHEVALLIER (2003, p.17):

As características essenciais do modelo estatal são apenas traduções dos valores subjacentes à modernidade: a institucionalização do poder dentro de um quadro geral e coletivo, que vai além da personalidade contingente de seus detentores; a produção de um novo quadro de

obediência e deveres, já que a cidadania é aqui entendida como um vínculo exclusivo, incompatível com a existência de obediências paralelas ou concorrentes; o estabelecimento do monopólio da coerção, já que o estado deve - dentro do espaço físico de suas fronteiras como limite de sua soberania - ser a única fonte do direito e seus meios de imposição; a consagração de um princípio fundamental de unidade, unidade dos valores pertencentes a uma esfera pública constituída de maneira distinta do resto da sociedade, unidade do direito estatal que se apresenta como uma totalidade coerente, uma ordem estruturada, unidade do aparelho encarregado de exercer a potência do estado. Por todas estas razões, a construção do Estado parece absolutamente indissociável da modernidade, da qual ela é simultaneamente reflexo e vetor.

O terceiro cenário descrito foi considerado o ponto de *provisória chegada* no gradiente traçado e consistiu no resumo, em linhas muito gerais, da gestão de coletivos ou roda que, longe de ser um marco institucional geral, caracteriza uma proposta metodológica de atuação empenhada em atribuir renovada relevância aos valores questionados pela modernidade: o tradicional, o sagrado, o particular, as emoções, os sentimentos, a intuição, a reflexão, especulação, experiência pessoal, o mágico e o religioso, cosmologia, entre outros.

Seja por imposição da realidade descrita, seja por opção metodológica, introduzi a questão da modernidade como essencial para compreender a institucionalização da política de saúde e os mecanismos interpostos para sua implementação, incluindo-se aí a necessidade de “cuidar de quem cuida” (TEMPORÃO, 2007).

É inegável que me coloquei face a um problema maior, cuja abordagem demanda o recurso a autores especializados, como é o caso de ROSENAU (1992) e CHEVALLIER (2003), entre outros.

Em sua obra, ROSENAU¹², movida pela necessidade de esclarecer os temas essenciais que fundamentam a controvérsia e aquilatar a contribuição do pós-modernismo para as ciências sociais, avalia as diferentes perspectivas da crítica pós-moderna à modernidade. Apesar das inovações que a modernidade introduziu, permitindo o desenvolvimento tecnológico, o avanço do conhecimento, a expansão das forças produtivas, a industrialização, o desenvolvimento educacional, o combate a enfermidades, a melhoria da saúde e o aprimoramento da qualidade de vida dos povos, a avaliação quanto à sua contribuição não é consensual.

A controvérsia em torno da modernidade é atribuída à defasagem entre a promessa, a esperança e a realidade.

O projeto da modernidade, diz FARIA, V. (2002^a, p. 10),

encontrou muito cedo seus críticos e seus céticos. Mas é com o desenrolar do século XX que o lado negativo da 'dialética do iluminismo' terminou por implodir o otimismo. Mais do que a crescente felicidade de todos os homens nosso século foi marcado pela crescente hegemonia ou pela progressiva redução da *Razão Iluminista* à sua dimensão cognitivo-instrumental: pela expansão, o aperfeiçoamento e a concentração dos meios de dominação; pelo acúmulo de meios insuspeitos de destruição, a persistência da injustiça, da desigualdade e da miséria. Pouco a pouco esmaeceram as esperanças. [...] A Razão – ou pelo menos sua realização mediante a hegemonia da razão

cognitivo-instrumental e sua possibilidade de servir como garantia para a conquista da Verdade – perdeu seu potencial emancipador. Ganham expressão e profundidade as críticas que sempre viram ou que passaram a ver a Razão e a Verdade como fontes de alienação e opressão.

Com o que concorda ROSENAU (1992, p. 5):

A modernidade entrou na história como uma força progressista, prometendo liberar a humanidade da ignorância e irracionalidade. Mas podemos facilmente argüir, com espanto, quando esta promessa foi cumprida. [Desde] o início do século XX [registram-se] guerras mundiais, ascensão do nazismo, campos de concentração, genocídios, depressão, Hiroshima, Vietnã, Cambodja, Golfo Pérsico e a distância crescente entre pobres e ricos [...], o que abala qualquer crença na idéia de progresso e torna questionável a fé no futuro. (Tradução própria)

Para Alain TOURRAINE (1990, *apud* ROSENAU, p. 6), “a modernidade não significou uma força de renovação, mas sim uma fonte de [...] opressão e repressão”.

Os que reconhecem na modernidade mais benefícios do que prejuízos aplaudem, principalmente, o predomínio da razão em um processo que permitiu a diferenciação entre o Estado e a Sociedade, o sagrado e o profano, o particular e o universal, ocasionando a diferenciação estrutural e a especialização funcional que permitiram a realização da atividade humana diversificada.

¹² Interessante assinalar que Pauline Marie ROSENAU é professora de administração e ciência política em uma Escola de Saúde Pública (School of Public Health, University of Texas-Houston, USA).

A crítica fundamental à modernidade considera que sua principal preocupação tem sido a promoção do progresso puramente técnico, fundado na razão instrumental voltada para o êxito.

Representada pelo pós-modernismo, a crítica assume duas vertentes. A primeira é traduzida pelo pós-modernismo cético e a segunda pelo pós-modernismo afirmativo.

Os pós-modernistas céticos descartam a modernidade em sua totalidade, enquanto os pós-modernistas afirmativos, à sua maneira, tratam de dar continuidade à obra que a modernidade inaugurou.

Segundo análise de ROSENAU (1992, p.14):

O pós-modernismo cético oferece uma visão pessimista e negativa [...], argumenta que a idade pós-moderna é a idade da fragmentação, desintegração [...] e caos social. Inspirado nos filósofos Heidegger e Nietzsche, este é o lado do pós-modernismo que fala da morte do autor, da impossibilidade da verdade e da abolição da representação. [...] Os pós-modernos desta corrente adotam uma atitude *blasé*, como se já tivessem visto tudo, [nada é novidade] e concluem que nada realmente novo é possível (grifo meu e tradução própria).

Com respeito ao pós-modernismo afirmativo, diz ROSENAU (1992, pp.15-16):

Os afirmativos concordam com os céticos no que se refere à crítica da modernidade, mas apresentam uma visão mais esperançosa e otimista. Identificados com a cultura anglo-norte-americana, suas afirmativas, em geral mais otimistas, são orientadas para processos. [...] São abertos para ações políticas positivas ou conteúdos visionários e projetos pessoais autocongratatórios não dogmáticos. Alguns afirmativos argumentam quanto à superioridade de certas escolhas de valores sobre

outras, linha de raciocínio não aprovada pelos cétricos (grifos meus e tradução própria).

Max Weber – que nos apresentou com segurança os valores de uma sociedade moderna ao fundamentar teoricamente o conhecimento, a impessoalidade e o controle como valores inerentes à ação racional – também visualizou o futuro da racionalização como insolúvel contradição de valores entre si antagônicos. Segundo MARTINS (Informação Pessoal, 2008):

Max Weber, que viveu a fundo a indecisão face à controvérsia da modernidade, soube ver que o debate sobre aspectos fundamentais da condição humana, por mais que avance por meio da argumentação veraz, livre e desimpedida, inevitavelmente acaba se esgotando sem conseguir chegar a bom termo, uma vez que esse tipo de indecisão não se deve à incapacidade e, sim, à impossibilidade de decidir com base em meios puramente racionais. Ao remeter o debate para o plano dos valores, aceitamos que daí em diante não se trata mais de argumentar, mas de escolher, em última instância.

Diante da controvérsia sobre a modernidade e das dificuldades interpostas pela pós-modernidade, MARTINS (2008) cita BRUBAKER, que trata as escolhas últimas como sendo, por definição, não-rationais: *“escolhas últimas são necessariamente não-rationais e não podem ser guiadas por critérios objetivos uma vez que critérios dessa natureza teriam também que ser, por sua vez, previamente escolhidos”*. E encerra:

[...] A passagem da indecisão para a decisão tem que se dar no recôndito da consciência de cada qual frente a um panteão de valores que como deuses no Olimpo, indiferentes aos nossos anseios, não ajudam em nada, uma vez que (a) existem por si mesmos; (b) se opõem

entre si de forma irreconciliável e (c) não podem ser submetidos ao julgamento de uma instância superior que não existe, pois eles mesmos é que são os valores últimos. Muito resumidamente, essa é a lição de Max Weber, que pode ser insatisfatória, mas não deixa de ser uma bela conclusão.

PARTE IV

EDUCAÇÃO E TRABALHO: ENSINO DE APLICAÇÃO

CAPÍTULO 6 – EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

6. EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Este capítulo aborda experiências de capacitação que, em alguma medida, enfatizaram a relação do ensino com o trabalho, formando recursos humanos responsáveis pela formulação, implementação e gestão de políticas públicas, principalmente políticas sociais.

Muitas razões fundamentam meu esforço para compreender as bases e o desenho pedagógico de diferentes experiências de formação de gestores sociais, especialmente profissionais de saúde, preponderantes em ambientes político-administrativos específicos. Resumo duas.

A primeira diz respeito à minha convicção de que profissionais adequadamente capacitados e, em consequência, portadores de desempenhos de excelência podem reconhecer, na prática, os problemas que precisam ser analisados e para os quais sua competência profissional pode encontrar soluções factíveis. Em outras palavras, os profissionais de saúde que transitam entre o ensino e a prática – e que compreendem a natureza pedagógica e retroalimentadora destes dois contextos – são agentes e atores de sua própria aprendizagem. Sendo assim, refletem criticamente sobre o que sabem e sobre sua utilidade para o que fazem, além de trazer para o cenário do ensino as indagações do trabalho que podem ser respondidas pelo conteúdo substantivo, metodológico e técnico do processo de formação.

A segunda razão é a crença de que a recuperação da história e a incorporação de experiências antecedentes oferecem elementos para uma

avaliação reflexiva capaz de aprimorar os acertos e corrigir os erros. Sendo verdade que aprendemos com a experiência, o exame de diferentes ambientes institucionais nos quais projetos educacionais foram concebidos e implementados poderá aprofundar o conhecimento das condições necessárias para operacionalizar – enquanto condições reais de ensino – o conceito de educação permanente. Principalmente se considerarmos que a proposta pedagógica que conforma o ensino ativo-reflexivo demanda ações concretas e complexas para transformar em estratégia eficaz de ensino os conceitos e afirmativas que circundam sua definição.

A abordagem que faço das experiências de capacitação de gestores sociais responsáveis pela formulação e/ou implementação de políticas públicas está norteadas por dois eixos.

O primeiro eixo contempla a identificação das circunstâncias político-administrativas gerais que criaram condições favoráveis, no setor público, para a concepção de políticas de recursos humanos comprometidas com a excelência do desempenho. Destacam-se dois momentos de inflexão, separados por três décadas e cujos princípios gerais já foram abordados no capítulo III: a reforma do Estado conduzida nos anos sessenta e a reforma do Estado da segunda metade dos anos noventa. O conceito de excelência do desempenho encerra dois atributos indissociáveis: a qualidade do profissional e, em decorrência, a qualidade do seu trabalho. Segundo esse entendimento, o profissional que se beneficia de uma capacitação cuja finalidade é subsidiá-lo na busca da excelência necessariamente oferecerá aos cidadãos um serviço de melhor qualidade. Por esta razão, considero

inexistente a cizânia entre capacitação finalística, voltada para o profissional, e capacitação-meio, voltada para o aprimoramento da política pública.

O segundo eixo refere-se às estratégias pedagógicas ativo-reflexivas que procuro identificar nos projetos de ensino desenvolvidos e oferecidos nos dois contextos político-administrativos delimitados: administração burocrático-gerencial, referente ao Estado desenvolvimentista-produtor, iniciada com a reforma administrativa de 1964 e consolidada pelo decreto-lei 200 de 1967; e administração gerencial referente ao Estado regulador e fomentador da segunda metade dos anos 1990, contexto no qual se faz notável o fortalecimento das organizações da sociedade civil de interesse público.

6.1. Capacitação de Recursos Humanos no Cenário das Reformas 1967 e 1995

Identificar a incorporação dos problemas do serviço ao processo de ensino, bem como a oferta pelo ensino de soluções capazes de aprimorar a prestação do serviço, através de análise documental, é uma atividade complexa. Por isso, ao proceder à avaliação reflexiva do tipo de ensino proposto e da metodologia utilizada, levei em consideração dois critérios:

- a adoção de metodologia alinhada com os propósitos do ensino ativo-reflexivo deve constar de forma explícita dos documentos analisados;
- a descrição dos conteúdos e da dinâmica utilizada para sua transmissão deve confirmar o alinhamento anunciado em nível de retórica.

Orientada por estes parâmetros, procedi ao exame documental dos projetos de ensino de 11 instituições, selecionadas em função de seu prestígio, de sua reconhecida experiência em capacitação de recursos humanos e da acessibilidade aos projetos institucionais de ensino.

Para a avaliação reflexiva da programação de cursos, observei as seguintes dimensões:

- Origem das diretrizes e projetos de ensino, que podem ser: proativos, quando antecipatórios das demandas, ou reativos, quando customizados; em um ou outro caso, podem ser vinculados ou não às necessidades de trabalho do público-alvo, seja ele a administração, uma organização ou um conjunto de profissionais ocupantes de determinados cargos.
- Abordagem pedagógica enunciada e técnicas de ensino utilizadas.
- Natureza da instituição hospedeira, perfil, experiência e consistência entre a programação enunciada e implementada.
- Indicação da utilização dos resultados do processo didático-pedagógico para solucionar os problemas da prática profissional, seja enquanto proposta clara de aprimoramento, seja enquanto aplicação de Planos de Ação elaborados no contexto do ensino.

Os resultados indicam que tanto as instituições criadas antes de 1967 (duas) quanto aquelas criadas no período compreendido entre 1967 e 1977 atuam na capacitação de recursos humanos, considerada de maneira abrangente, posto que incluem cursos teóricos ou operacionais, de formação básica e

treinamentos específicos, de natureza institucional permanente ou feitos sob medida para necessidades especiais.

Considerando os objetivos básicos enunciados nos documentos oficiais, os projetos institucionais de ensino examinados podem ser assim classificados com respeito ao tipo de ensino:

1. Ensino clássico, destinado à formação profissional básica, compreendendo graduação, pós-graduação e especialização. Este tipo de ensino é proativo, oferecido segundo diretrizes e missão institucional, independentemente de demandas específicas de organizações públicas governamentais ou não governamentais.
2. Formação de gestores sociais capazes de formular, implementar e gerenciar políticas públicas e programas delas decorrentes. Este tipo de ensino pode ser proativo, enquanto projeto institucional permanente ou customizado, quando feito sob medida para atender a demandas específicas de interesse da administração pública.
3. Treinamentos específicos relacionados com atividades operacionais necessárias para a implementação de políticas públicas, quais sejam: organização do trabalho; gerenciamento de pessoas, materiais e finanças; organização e manutenção de sistemas de informações; atendimento de usuários; desenvolvimento de cidadania. Os cursos que correspondem a este tipo de ensino são, em geral, customizados, atendendo a demandas específicas da administração pública ou de organizações do terceiro setor.

4. Educação preparatória de pessoal operacional ou dirigente para admissão e adaptação ao setor público. Este tipo de ensino é sempre customizado.

Do ponto de vista da proposta pedagógica, foi possível identificar duas alternativas polares.

- A. Ensino expositivo, incluindo dinâmica de grupo para discussão e realização de atividades relacionadas com os temas expostos.
- B. Uso de metodologia de ensino que enfatiza a prática do trabalho e utiliza conceitos e instrumentos adequados para qualificar e superar os problemas que afetam o desempenho das organizações, dos serviços e dos profissionais responsáveis pela implementação das políticas públicas. Baseada em diagnósticos ou avaliações *ex-ante*, tal metodologia proporciona espaço assistido para a elaboração de planos de ação e recomendações a serem implementadas no ambiente de trabalho pelos aprendizes. Este processo de devolução do ensino ao serviço pode ser feito, também, por atividades de consultoria organizacional desenvolvidas com o uso de metodologia participativa.

A matriz seguinte mostra o posicionamento das 11 instituições, cujos programas foram examinados. Como se nota, algumas se encontram na intersecção das duas abordagens metodológicas: ativo-reflexiva e descritiva; quatro apresentam projetos institucionais de ensino ativo-reflexivo (aplicação) e três apresentam atuação de natureza pedagógica descritiva.

Matriz tipo de ensino x abordagem pedagógica

Pedagogia →			
		A	B
Ensino ↓			
1		02	
2			04
3	03		
4		02	

O Anexo V apresenta um resumo das observações resultantes da avaliação reflexiva e que permitiram a elaboração final da matriz.

Considerando-se o conceito de ensino de aplicação utilizado, encontramos quatro instituições portadoras de atuação alinhada com a estratégia pedagógica que incorpora a prática dos alunos ao processo de ensino; quatro em etapa intermediária entre o ensino meramente expositivo e o ensino de aplicação e duas instituições alinhadas com a estratégia descritivo-expositiva de ensino. Do ponto de vista da abordagem pedagógica, situamos na intersecção do ensino descritivo e ensino ativo-reflexivo os cursos clássicos de graduação ou pós-graduação (*stricto ou lato sensu*), destinados à formação básica, bem como os cursos customizados destinados à educação preparatória para ingresso ao serviço. Foram considerados como portadores de uma orientação primordialmente descritiva os cursos destinados a treinamentos operacionais específicos. Foram considerados como alinhados com a estratégia pedagógica reflexiva os cursos que utilizam metodologia interativa, associando os problemas do trabalho ao tratamento de conceitos e ferramentas capazes de solucioná-los.

Observando exclusivamente o desempenho relatado pelas onze instituições examinadas, é possível dizer que, sob a ótica das definições usadas, apenas duas instituições se distanciam da aprendizagem significativa. É importante insistir na definição de aprendizagem significativa. Independente da horizontalidade ou da verticalidade ascendente ou descendente das diretrizes oficiais, aprendizagem significativa é definida, neste trabalho, como aquela aprendizagem baseada na reflexão crítica e propositiva sobre os problemas da prática profissional, buscando soluções que possam aprimorar o desempenho pessoal e o desempenho dos programas sob responsabilidade gerencial do aprendiz.

Finalmente, a maioria dos programas e projetos de capacitação desenvolvidos nesse período vinculou-se a organizações públicas da administração descentralizada, mormente autarquias e fundações. Várias instituições com autonomia, personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios recrutaram recursos humanos de excelência no mercado, ao mesmo tempo em que assumiram a tarefa de aprimorar seus quadros permanentes. Enquanto projeto institucional, implementaram programas de formação e reciclagem de funcionários permanentes da administração pública.

Os programas de capacitação oferecidos no contexto imediatamente posterior ao decreto-lei 200, e duradouros por quase duas décadas, foram marcados, em geral, pelas características seguintes:

- Em um contexto onde as providências legais relacionadas com a política de recursos humanos vincularam, de forma expressiva, os mecanismos

de ingresso e acesso ao cumprimento de requisitos de capacitação, fortalecendo a organização de cursos e estimulando os funcionários a freqüentá-los, as instituições capacitadoras reconheceram o desenvolvimento de recursos humanos como atividade merecedora de tratamento no nível de políticas públicas específicas:

- Em decorrência, os projetos institucionais de ensino focalizaram habilidades e conhecimentos necessários para a ocupação de cargos no setor público - muitas vezes em carreiras estruturadas - e a atividade de capacitação foi inserida em um contexto político-administrativo mais amplo. No passado, um caso ilustrativo foi a lei-complementar 180, de 12 de maio de 1978, que instituiu o Sistema de Administração de Pessoal da Administração Pública Paulista, contemplando a formação de executivos públicos para a carreira de Agente do Serviço Civil e sua relação com o projeto institucional de ensino de instituições públicas paulistas, que ofereceram, pelo menos, uma década de cursos destinados a formar analistas e gestores de políticas sociais (FARIA, R.,1983).
- Contemplaram conteúdos de ensino relacionados com o trabalho dos alunos, refletindo, no contexto pedagógico, sobre a concepção e implementação das políticas públicas focalizadas e buscando soluções alternativas para os problemas reais identificados.
- Associaram os programas de ensino ao ambiente organizacional de atuação dos alunos, associação que configurou um processo de retroalimentação que permitiu, ao ensino, responder às demandas do serviço e, ao serviço, assimilar as contribuições do ensino.

- Realizaram, simultaneamente, projetos de ensino e de consultoria organizacional, identificando os problemas da administração pública que, uma vez tratados pedagogicamente, contribuíram para a recomendação de soluções construídas pelos próprios servidores, revestidos, temporariamente, da condição de alunos.

No contexto de medidas de capacitação que visaram à valorização dos servidores públicos, RIBEIRO (2002, p.8) ressalta ainda que,

a despeito de não ter resultado da proposta formal de reforma administrativa, uma das ações mais importantes [do governo civil de 1985] foi a criação da carreira de Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Mediante concurso realizado pela também criada Escola Nacional de Administração-ENAP, foram selecionados 120 gestores treinados por um período de 18 meses, de acordo com preceitos da École Nacional de Administration Publique-ENA.

Embora, historicamente, a política educacional destinada aos profissionais da saúde tenha enfatizado projetos de ensino centrados em práticas predominantemente especializadas e hospitalares, com currículos que pouco valorizaram a atenção básica e uma visão multiprofissional da atenção à saúde (Rodrigues Gil et al., 2000, p. 134), a existência de várias autarquias e fundações alinhadas com uma lógica de operação do tipo acima descrito permitiu o desenvolvimento de projetos de ensino voltados para a formação de analistas e gestores de políticas públicas, principalmente de políticas sociais. Além disso, a oferta de educação médica graduada teve aumento significativo no período 1960-1970 com a criação de novas escolas médicas. De 1960 (cujo valor foi tomado como base) para 1970, o aumento de escolas

médicas foi de 241% para o Brasil e de 320% para São Paulo (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1: Escolas médicas existentes ao final de cada ano. Brasil e São Paulo, 1900-2008

Ano	Brasil (A)		São Paulo (B)		(A)/(B)
	N	Base = 1960	N	Base = 1960	
1900	3	10,3	0	0,0	0,0
1910	3	10,3	0	0,0	0,0
1920	9	31,0	1	20,0	11,1
1930	10	34,5	1	20,0	10,0
1940	12	41,4	2	40,0	16,7
1950	14	48,3	3	60,0	21,4
1960	29	100,0	5	100,0	17,2
1970	70	241,4	16	320,0	22,9
1980	77	265,5	18	360,0	23,4
1990	81	279,3	19	380,0	23,5
2000	107	369,0	23	460,0	21,5
2008	175	603,4	31	620,0	17,7

Fonte: Associação Médica Brasileira (AMB). Disponível em <http://www.escolasmedicas.com.br>. Em 25/02/08.

O *Gráfico 1* assinala crescimento das escolas médicas no país e em São Paulo, por decênio, demonstrando a primazia dos anos 1961-1970.

Gráfico 1: Taxa de Crescimento das Escolas Médicas, por decênio, entre 1951-1960 e 2001-2008, Brasil e SP.

Fonte: Associação Médica Brasileira (AMB). Disponível em <http://www.escolasmedicas.com.br>. Em 25/02/08.

PARTE V – CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 7 - NATUREZA DAS PESQUISAS: DESENHO E METODOLOGIA

7. NATUREZA DAS PESQUISAS: DESENHO E METODOLOGIA

Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF

O estudo de avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF) foi desenvolvido, sob minha coordenação, no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/UNICAMP) no período 2000-2001. Os Pólos-SF avaliados são os primeiros doze equipamentos implementados em 1997 e representam o universo então existente. Estão localizados nos seguintes estados e municípios: Alagoas (Maceió), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Mato Grosso (Cuiabá), Minas Gerais (Belo Horizonte), Minas Gerais (Juiz de Fora), Paraná (Curitiba), Pernambuco (Recife), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro e Niterói), Santa Catarina (Florianópolis). Os resultados do estudo mencionam onze Pólos-SF, em virtude da integração de Rio de Janeiro e Niterói, para efeito de análise. Todas as informações foram obtidas mediante entrevistas semi-estruturadas com informantes qualificados e análise de documentos. A pesquisa de avaliação compreendeu quatro etapas:

Etapa 1: Preparatória, incluindo as atividades de revisão da literatura; divulgação e formalização do estudo junto aos Pólos; reuniões com as equipes do então Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde; elaboração e pré-teste dos

roteiros de entrevista com os coordenadores dos Pólos, professores e gestores; coleta de documentos e dados secundários para caracterização do universo de estudo. Esta etapa foi desenvolvida de agosto a novembro/00.

Etapa 2: Caracterização das atividades de capacitação ofertadas e levantamento de suas potencialidades em termos de abrangência; conteúdos e métodos; diretrizes; mecanismos de articulação das agências capacitadoras; estrutura e modelo de gestão das instituições integrantes dos Pólos; características do processo decisório e do processo de trabalho. As informações foram coletadas através de entrevistas semi-estruturadas, conduzidas por pares de entrevistadores experientes e devidamente treinados. O relatório preliminar foi apresentado e discutido em Seminário promovido pelo à época Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em Brasília, 3 e 4 de maio/01, contando com a participação dos coordenadores dos Pólos-SF visitados. Esta etapa foi desenvolvida entre 15/dezembro/00 e 05/maio/01.

Etapa 3: A terceira etapa compreendeu a análise da relação entre as atividades dos Pólos, seu projeto educacional e o trabalho das equipes do PSF nos municípios, objetivando identificar e aprimorar a adequação entre a capacitação ofertada e as necessidades reais das equipes operacionais. As atividades desta etapa compreenderam elaboração e pré-teste dos

instrumentos de coleta de dados; elaboração de tipologia dos municípios atendidos pelos Pólos (cluster); seleção da amostra de municípios; preparação e realização do trabalho de campo; realização de entrevistas com Secretários Municipais de Saúde, membros das Equipes de PSF e famílias assistidas; organização e análise dos dados; discussão dos resultados e elaboração de relatório. O trabalho de coleta de informações no nível local teve por objetivo diagnosticar e sistematizar as necessidades de capacitação de pessoal do PSF para uma atuação alinhada com os objetivos do Programa; identificar os níveis de aplicabilidade (em situação real de trabalho) dos conhecimentos adquiridos através da capacitação (implementada ou articulada pelos Pólos); detectar eventuais lacunas enfrentadas pelas equipes que não receberam treinamento; verificar as possibilidades de ampliar o leque de atuação e a orientação programática dos Pólos-SF; avaliar as possibilidades de descentralização das atividades de capacitação até o nível municipal; analisar as condições e conteúdos do trabalho real a fim de elaborar uma agenda de discussão com os profissionais dos Pólos e os gestores sociais do setor público, gerando um plano de ação debatido e consensual. Período de realização: junho a novembro/01.

Etapa 4: Alinhamento entre a oferta de capacitação e as necessidades de aprimoramento da população beneficiária – discussão de

alternativas e construção de consenso nos Núcleos Institucionais de Gerenciamento. Apresentação e discussão dos resultados com grupos de dirigentes de Instituições de Ensino Superior, gestores do Ministério da Saúde, gestores das Secretarias de Saúde dos Estados, gestores das Secretarias Municipais de Saúde, gestores e profissionais dos Pólos de Capacitação, representantes das instituições participantes das atividades dos Pólos. Objetivo: promover o encontro entre a oferta de capacitação e a demanda para aprimoramento. Procedimento: Seminário Nacional com Grupos de Trabalho. Dezembro/01.

O Quadro 2 contém informação sobre os Pólos-SF, sua localização e instituições parceiras.

Quadro 2: Localização Geográfica e Composição Institucional dos Pólos-SF (Brasil, 1997-1998)

UF	PÓLOS SF 2000	COORDENAÇÃO	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES
AL	Maceió	SES	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas; Escola de Ciências Médicas da Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas; Centro Formador de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió - Centro de Formação de Recursos Humanos; COSEMS; Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas.
BA	Salvador	SES	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; Departamentos de Saúde das Universidades: Estadual Santa Cruz; Estadual de Feira de Santana; Estadual do Sudoeste da Bahia. Universidade do Estado da Bahia; Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e Escola de Enfermagem; Universidade Católica de Salvador - Escola de Enfermagem; Escola de Formação Técnica de Saúde.
CE	Fortaleza	SES	Secretaria Estadual de Saúde (Escola de Saúde Pública); Universidade Federal do Ceará (Faculdade de Medicina); COSEMS e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
DF	Brasília	SES	Secretaria da Saúde / Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF)-Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHUS); Universidade de Brasília; Faculdades de Medicina e de Ciências da Saúde.
MG	B. Horizonte	IES	UFMG (Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina); Universidade de Alfenas (Curso de Medicina); Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas; Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade de Montes Claros (UNIMONTES); Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (Curso de Enfermagem); Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; ESMIG (Escola de Saúde de Minas Gerais); Secretaria Estadual de Saúde MG e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; FUNDEP (Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa MG) e FUNED (Fundação Ezequiel Dias).
	Juiz de Fora	IES	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES/UFJF) - Faculdade de Medicina; Faculdade de Enfermagem; Faculdade de Serviço Social; Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais e Diretorias Regionais de Saúde (DRS); Secretarias Municipais de Saúde.
MT	Cuiabá	SES	Secretaria Estadual de Saúde (SES) - Centro de Gestão, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CEDRHUS); Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Enfermagem e Nutrição; Universidade de Cuiabá (UNIC).
PE	Recife	SES	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): Faculdade de Medicina e de Enfermagem; Universidade Estadual de Pernambuco (UEPE): Faculdade de Enfermagem N. S. das Graças; Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE): Escola de Saúde Pública.
PR	Curitiba	SES	Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba e Londrina; Diretorias Regionais de Saúde; Representantes das cinco Instituições de Ensino Superior: Universidade Estadual de Londrina; Universidade Estadual de Maringá; Universidade do Oeste do Paraná; Universidade Federal do Paraná; Universidade Estadual de Ponta Grossa.
RJ	Rio Janeiro e Niterói	SES	Universidade Federal Fluminense-UFF: (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social); Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (Medicina Social, Nutrição, Ciências Médicas, Enfermagem, Odontologia); - Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES) ; Secretarias Municipais de Saúde; Fundação Municipal de Saúde de Niterói
SC	Florianópolis	SES	Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC); Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL); Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI); Universidade Regional de Blumenau (FURB); SMS de Criciúma, Florianópolis, Joinville, Blumenau e Lages.

Fonte: Elaboração própria a partir de - NEPP/UNICAMP 2002

Quatro eixos estruturaram as entrevistas e orientaram a análise dos resultados:

- Estrutura e organização do Pólo: análise da composição do Polo em decorrência das instituições participantes e sua capacidade de articulação e interação;
- Projeto institucional: conteúdo das atividades e sua adequação aos objetivos e diretrizes da saúde da família e dos programas implementados.
- Descentralização e cooperação institucional: relacionamento do Pólo com as instâncias estadual e municipal, por um lado, e por outro, seu potencial de capilaridade, aferido pela implementação de núcleos descentralizados e estabelecimento de parcerias com instituições locais e regionais.
- Institucionalização e mudança: promoção e introdução de inovações e aprimoramento, tanto no estilo operacional de implementação quanto nos aspectos substantivos dos programas implementados.

Os eixos estruturantes e os parâmetros decorrentes estão resumidos no Quadro 3 seguinte.

Quadro 3 : Eixos Estruturantes e Parâmetros – Marco Analítico

EIXO ESTRUTURANTE	PARÂMETROS
Estrutura e Organização	Instituições Integrantes <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento # Interação • Hierarquia # Cooperação
Projeto Institucional	Integração Ensino e Serviço <ul style="list-style-type: none"> • Ensino reativo # Ensino proativo • Planejamento isolado # Compartilhado Abrangência e Diversificação <ul style="list-style-type: none"> • Atividades restritas # Atividades amplas
Descentralização e Cooperação Institucional	Diferentes Esferas Governamentais <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento escasso # Intenso • Processo decisório segregado # Compartilhado Cooperação Institucional <ul style="list-style-type: none"> • Vertical # Horizontal • Isolamento # Parceria
Institucionalização e Mudança	Recursos Institucionais Gerenciamento <ul style="list-style-type: none"> • Inovação # Reprodução Sistema de Avaliação e Monitoramento <ul style="list-style-type: none"> • Informal/Inoperante # Formalizado/Operante Impacto nas Instituições Participantes <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção # Mobilização de Pessoal • Manutenção # Desenvolvimento Metodológico • Materiais existentes # Novos materiais Impacto na Graduação <ul style="list-style-type: none"> • Conservação # Inovação • Presencial Descritivo # Estágios, Internatos • Residência Especialização # Residência em SF

Como dissemos anteriormente, com o intuito de observar o programa em funcionamento e caracterizar as necessidades de desempenho das equipes de saúde da família, estendemos o estudo até um conjunto de municípios escolhidos intencionalmente a partir das indicações feitas pelos respectivos Pólos-SF aos quais se vinculam, na proporção de 5 municípios por Pólo nos Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais/Belo Horizonte, Minas Geras/Juiz de Fora, Mato Grosso, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina e 01 Distrito Federal, perfazendo um total de 56 municípios.

Os municípios incluídos no estudo apresentaram as seguintes características gerais: são municípios pequenos, sendo que 50% têm menos de 20 mil habitantes e 36% se situam na faixa populacional de 20 mil a 100 mil habitantes; todos contam com equipes do PSF, todos receberam capacitação dos Pólos e todos responderam o questionário de avaliação na pesquisa sobre o Piso de Atenção Básica, também desenvolvida pelo NEPP/UNICAMP. A Tabela 2, seguinte, apresenta a distribuição de municípios selecionados por grande região e por Pólos.

Tabela 2: Distribuição dos Municípios Avaliados por Região e Pólo

UF	PÓLOS	MUNICÍPIOS SELECIONADOS POR REGIÃO				TOTAL DE MUNICÍPIOS
		CO	NE	S	SE	
AL	1		5			5
BA	1		5			5
CE	1		5			5
PE	1		5			5
DF	1	1				1
MT	1	5				5
MG	2				10	10
RJ	2				10	10
PR	1			5		5
SC	1			5		5
TOTAL	12	6	20	10	20	56

Fonte: NEPP/UNICAMP 2002

Em todos os municípios, foram entrevistadas equipes de saúde da família e, embora o plano inicial contemplasse duas equipes por município selecionado, em alguns casos (seja por déficit de equipes, seja pela faixa populacional) encontramos apenas uma equipe atuando. No total, 102 Equipes de Saúde da Família foram entrevistadas, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das ESF entrevistadas por Região e UF

REGIÃO	UF	NÚMERO DE ESF ENTREVISTADAS
Centro-Oeste	DF	02
	MT	08
Nordeste	AL	10
	BA	10
	CE	10
	PE	10
Sudeste	MG	15
	RJ	20
Sul	PR	08
	SC	09
TOTAL		102

Fonte: Elaboração própria a partri de NEPP/UNICAMP, 2002.

A composição do grupo de respondentes qualificados é de 100 médicos, 98 enfermeiras, 100 agentes comunitários de saúde, 102 famílias e 56 secretários municipais de saúde. O gráfico 2, abaixo, mostra este dado. Os eixos de análise e as dimensões estudadas nos municípios estão resumidos na Quadro 4. O Anexo III contém toda a informação sobre os atores entrevistados e as localidades visitadas, incluindo a identificação dos municípios.

Gráfico 2: Total de Informantes Entrevistados nos Municípios Selecionados

Quadro 4: Eixos de Análise e Dimensões Estudadas no Nível Local

EIXO	DIMENSÃO ESTUDADA	INFORMAÇÕES
Recursos Organizacionais e Ambiente Funcional	– Organização dos Serviços	– Condições de trabalho: unidades e instalações fixas e/ou itinerantes; recursos financeiros e de locomoção; participação do município; participação do Estado.
Qualificação dos Recursos Humanos	– Caracterização das ESF – Capacitação – Desempenho	– Estrutura; permanência e rotatividade; interação/ integração; satisfação profissional; apoio e supervisão. – Qualificação básica, especializada, específica e aprimorada; sugestões e demandas; fontes e recursos de capacitação. – Divulgação do trabalho; interação com a comunidade; conhecimento do público-alvo; dificuldades.
Eficácia e Controle Social	– Relação ESF/Comunidade	– Cadastramento, planejamento, realização e aplicação; conhecimento da comunidade; resultado do trabalho; visão dos beneficiários; tipo de relacionamento prevalecente; dificuldades; fatores de sucesso.

Fonte: elaboração própria a partir do instrumento de coleta de dados.

7.2. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde - Pólos-EP

O Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde traduziu-se por uma pesquisa avaliativa concebida e realizada em 2005/2006 para identificar o estágio de desenvolvimento da política de educação permanente em saúde; atualizar o conhecimento relativo à estrutura e organização dos Pólos-EP, propondo mecanismos capazes de incrementar a eficácia da capacitação e a capilaridade do sistema; sugerir estratégias e ações de curto e médio prazo voltadas para o fortalecimento da integração entre formação, educação permanente e

capacitação e dos elos entre serviços e instituições de ensino. Para o alcance dos objetivos propostos, a pesquisa foi estruturada em quatro módulos.

O primeiro módulo compreendeu uma enquete destinada a obter informações executivas atualizadas sobre o universo de 99 Pólos-EP então existentes, segundo cadastro do Ministério da Saúde. A coleta de dados, junto aos responsáveis pelos Pólos, foi feita através de entrevistas telefônicas assistidas por computador, mediante aplicação de questionário eletrônico com questões destinadas a caracterizar a instituição, sua estrutura, organização e lógica de operação. O estudo foi realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG no período compreendido entre novembro de 2005 e março de 2006. Cada entrevista teve a duração média de 70 minutos. A taxa de retorno foi de 58,5%, sendo as mais altas provenientes do Sudeste (89%) e do Centro-Oeste (73%). No que se refere à localização do Pólos-EP por grandes regiões do país, 41% se localizam no Sudeste, 19% no Nordeste, 16% no Sul, 14% no Centro-Oeste e 10% no Norte. Há uma concentração de 55% do total em quatro Estados: Minas Gerais, São Paulo, Goiás e Bahia. A criação dos Pólos-EP é recente: 67% foram criados em 2003 e 29% em 2004.

O segundo módulo compreendeu o estudo de caso de um Pólo específico cuja atuação abrange um grande centro urbano. Para tanto, foi selecionado o Pólo de Educação Permanente da Região Metropolitana de São Paulo, considerado emblemático em virtude de sua compreensão das metas e

objetivos da educação permanente, com conseqüente execução e concretização de atividades que respondem a estes atributos; seu trabalho de registro e divulgação dos resultados eficazes das atividades implementadas, permitindo a replicação das experiências bem-sucedidas; sua determinação em desenvolver e consolidar inter-relações capazes de permitir a identificação das necessidades de capacitação de pessoal para a saúde. Os atores entrevistados para o estudo de caso, através da utilização de questionários semi-estruturados, são: secretários municipais de saúde dos municípios de Santa Isabel, São Lourenço da Serra e Embu-Guaçu, gestores estaduais, presidente do COSEMS-SP, coordenador do Pólo-EP da Região Metropolitana de São Paulo, além de diretores e coordenadores dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde das Diretorias Regionais de Saúde de Mogi das Cruzes e Osasco. Foram utilizados, ainda, dados provenientes de análise documental e da Pesquisa sobre o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2006 a maio de 2007.

O módulo III contemplou o retorno aos 12 Pólos estudados anteriormente com o objetivo principal de viabilizar, mediante estudo comparativo, informações úteis para identificar o impacto das novas diretrizes e o ganho de eficácia resultante de uma estruturação mais inclusiva da sociedade civil e seus representantes.

O módulo IV avaliou os oito Pólos do Estado de São Paulo, uma vez que não foram incluídos no estudo anteriormente realizado. Estes Pólos congregam, entre outros, 61 municípios que estão sendo avaliados no

estudo sobre o PROESF, já citado.

Para efeito desta tese, interessa o detalhamento do Módulo III, referente ao retorno aos Pólos-SF anteriormente avaliados. Portanto, a análise está restrita a esta dimensão, tendo as outras três sido mencionadas apenas para informar sobre o estudo, em sua totalidade.

O retorno aos Pólos-SF avaliados em 2000, como já foi dito, buscou identificar a visão que os profissionais – responsáveis pela implementação das novas diretrizes decorrentes da Portaria 198/04 – têm quanto ao seu impacto, tanto no aprimoramento do serviço quanto na qualidade profissional dos recursos humanos capacitados segundo seus ditames. A indagação básica diz respeito à direção da mudança introduzida pelas novas diretrizes. Os dados foram coletados através da realização de entrevistas semi-estruturadas com os responsáveis pela operação do sistema: organização das agendas de reuniões, registros da estruturação e localização dos colegiados, conselhos e secretarias executivas, viabilidade das condições mínimas para operacionalizar os programas de capacitação gerados consensualmente segundo o *modus operandi* da gestão de coletivos ou roda. O trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro a maio de 2006. Foram entrevistados atores identificados através de antigos coordenadores ou sugeridos pelo Ministério da Saúde, através de suas equipes matriciais. A principal dificuldade residiu na busca de lideranças que não se denominavam coordenadores, atendendo à proposta de estruturação e processo decisório horizontais.

Os Pólos de Educação Permanente avaliados no Módulo III do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde foram:

- Pólo de Educação Permanente em Saúde Macrorregião Nordeste da Bahia, com sede em Salvador associado à Coordenação da Rede Estadual de Pólos da Bahia.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde de Fortaleza.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde de Maceió.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região Macro Centro de Minas Gerais, com sede em Belo Horizonte.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região do Sudeste Mineiro, com sede em Juiz de Fora.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde da Regional Metropolitana de Curitiba.
- Pólo Locorregional Litoral de Educação Permanente em Saúde do Estado de Santa Catarina com sede em Florianópolis.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde de Cuiabá.
- Pólo de Educação Permanente em Saúde de Brasília

Neste segundo estudo, não foram incluídos o Pólo de Recife e o do Rio de Janeiro. O primeiro porque Resolução do Conselho Estadual de Saúde, *CES nº 281, de 03/11/2004*, suspendeu provisoriamente o Projeto de Implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado de

Pernambuco, e o segundo porque o Pólo do Rio de Janeiro foi avaliado por outra instituição. Para efeito de análise comparativa, os mesmos eixos estruturantes e os mesmos parâmetros utilizados na avaliação dos Pólos-SF (Quadro 3 anterior) foram considerados, embora nem todos tenham se revelado aplicáveis ao novo modelo. Este é o caso dos recursos inovadores ou reprodutores de gerenciamento, uma vez que, no primeiro estudo, a inovação ou reprodução se refere à relação entre as atividades do Pólo e o PSF e, no segundo estudo, não há um programa de saúde específico orientando a atuação dos Pólos. No Quadro 5 estão assinaladas as dimensões comuns e as restrições de aplicabilidade.

Quadro 5: Eixos e Parâmetros Comuns aos Pólos SF e EP e Especificidade.

EIXOS ESTRUTURANTES	PARÂMETROS PARA ANÁLISE		ESPECIFICIDADE
	PÓLOS-SF	PÓLOS-EP	
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES: INTEGRAÇÃO E PROCESSO DECISÓRIO		
	<ul style="list-style-type: none">– Isolamento x Interação– Hierarquia x Cooperação	<ul style="list-style-type: none">– Isolamento x interação– Compartilhado x Centralizado	
PROJETO INSTITUCIONAL	INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO, ABRANGÊNCIA E DIVERSIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES		
	<ul style="list-style-type: none">– Ensino reativo x proativo– Planos isolados x compartilhados	<ul style="list-style-type: none">– Ensino reativo x proativo– Planos isolados x compartilhados	
	<ul style="list-style-type: none">– Atividades restritas x amplas	<ul style="list-style-type: none">– Atividades restritas x amplas	
DESCENTRALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL	INTEGRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DE DIFERENTES ESFERAS GOVERNAMENTAIS E COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL		
	<ul style="list-style-type: none">– Relacionamento escasso x intenso– Processo decisório segregado x compartilhado	Ver instituições participantes: integração e processo decisório. Variáveis associadas: instituições participantes e esferas de governo.	No desenho dos Pólos-EP, as esferas municipal e estadual fazem parte do Colegiado de Gestão.
	<ul style="list-style-type: none">– Vertical x Horizontal– Isolamento x Cooperação	Horizontalidade e cooperação devem ser constantes e não variáveis.	O desenho dos Pólos EP não supõe instituições coordenadoras x vinculadas
	RECURSOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO, SISTEMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.		
INSTITUCIONALIZAÇÃO E MUDANÇA	<ul style="list-style-type: none">– Inovação x Reprodução: pessoal, materiais e métodos	Não se aplica	Não há um Programa de Saúde específico para referência, como no caso do PSF.
	Sistema de M&A: <ul style="list-style-type: none">– Informal/Inoperante x Formal/Operante	Sistema de M&A: <ul style="list-style-type: none">– Informal/Inoperante x Formal/Operante	

Fonte: elaboração própria

7.3 Abordagem Metodológica

Metodologia, nos termos de minha opção intelectual e profissional, é o procedimento utilizado para construir o objeto de estudo, desde a identificação do marco teórico de referência, passando pela reflexão e organização dos aspectos que se deseja elucidar, ou dos conhecimentos que se deseja alcançar, até o enunciado das suposições que orientam esta busca. Este percurso, supostamente revelado ao longo de um trabalho de pesquisa, é metodologicamente identificado como “a codificação da prática de produção de conhecimentos, que supõe a construção do objeto e a passagem do objeto construído ao objeto empírico, através de sua constatação”¹³.

A principal motivação para o desenvolvimento deste trabalho, como assinalado na introdução, é identificar a contribuição que uma institucionalização eficaz pode dar para a continuidade e aprimoramento da política de formação, ou educação significativa, de pessoal para a saúde. A compreensão das condições de institucionalização da política de capacitação de pessoal para a saúde apoiou-se na identificação de dois cenários. O primeiro cenário focalizou, como ponto de partida, o Estado produtor, cujo modelo de administração burocrática centrou-se na profissionalização, hierarquia funcional, impessoalidade, universalismo, formalismo e controle. Como ponto de chegada, focalizou o projeto político-

¹³ **Faria, V. E.** A Passagem do Conceitual ao Empírico. Texto não publicado, mas utilizado em alguns cursos ministrados pelo autor: (a) Teoria e Metodologia das Ciências Sociais, IFCH/UNICAMP, Programa de Doutorado, 1993; (b) Metodologia e Técnicas de Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 1977; (c) Metodologia Científica, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 1973/74.

institucional que redirecionou o Estado para atividades de regulação e fomento, definindo suas atividades exclusivas e fortalecendo as organizações da sociedade civil de interesse público identificadas, hoje, como terceiro setor. O segundo cenário examinado concebe as relações horizontais como marcantes de um lócus adequado para identificar e delinear políticas públicas e projetos sociais prioritários.

No contexto da descrição feita, o cenário das principais características da eficácia das políticas públicas não se apresentou como estático, nem com fronteiras rigidamente delimitadas, como assinalado no capítulo 3 desta tese.

A concepção de aprendizagem significativa apoiou-se nas abordagens teóricas voltadas para a compreensão do desenvolvimento dos processos cognitivos, em termos de processamento das informações.

A suposição subjacente ao esforço empreendido para fundamentar os procedimentos recomendados pela política de educação permanente é que diferentes arranjos institucionais são provenientes da adesão a distintos marcos conceituais e, além disso, diferentes arranjos institucionais podem impactar, em virtude de sua organização, positiva ou negativamente, o desempenho dos sistemas concebidos para implementação das diretrizes.

O teste empírico implica a necessidade de definir os procedimentos utilizados para a operacionalização dos conceitos, a obtenção dos dados e seu tratamento de modo a responder às indagações motivadoras.

As duas pesquisas que fundamentam as conclusões desta tese são estudos qualitativos que incluíram o universo de Pólos de Saúde da Família

existentes em 2000 e os mesmos Pólos revisitados seis anos mais tarde, na condição de Pólos de Educação Permanente. O atributo qualitativo não significa ausência de quantificações, utilizadas sempre que necessárias e elucidativas. O estudo é descritivo e, enquanto tal, não tem intenções de generalização, referindo os resultados apenas ao conjunto estudado. As conclusões são recomendações baseadas nestes resultados.

Ao colocar em discussão a necessidade de buscar um desenho institucional cada vez mais apropriado para a educação permanente, defini como “casos” os dois conjuntos de Pólos analisados. Segundo STAKE (2004: p. 1):

Estudos de caso são maneiras comuns de desenvolver pesquisas qualitativas, mas as pesquisas do tipo “estudo de caso” não são essencialmente, ou necessariamente, qualitativas. Estudo de Caso [afinal] não é uma escolha metodológica, mas uma escolha do que será estudado.

Do ponto de vista *metodológico*, cada Pólo avaliado constitui um caso intrínseco ou individual, sendo que o conjunto dos Pólos constitui um caso funcional. Estes conceitos são esclarecidos por STAKE (2004) em sua conhecida tipologia.

O primeiro elemento da tipologia é o estudo de caso intrínseco, no qual o caso não representa outros casos ou ilustra um aspecto particular do problema, mas é *em si mesmo* interessante em toda a sua particularidade e em função de seus próprios componentes. O estudo de caso intrínseco tem o objetivo de compreender e revelar a história específica e particular na qual se concentra o interesse do pesquisador. Um bom exemplo é a

compreensão que o terapeuta tem de cada um de seus pacientes, através do estudo do caso em si.

O segundo é o estudo de caso instrumental, no qual um caso particular é examinado para proporcionar evidências sobre um evento. Neste contexto, o *caso em si* tem um interesse secundário, posto que o seu papel é fundamentar a compreensão do pesquisador sobre algo que ultrapassa suas próprias fronteiras. Neste tipo de estudo, o caso é examinado em profundidade, seu contexto é apurado e suas atividades rotineiras são detalhadas. O caso intrínseco é um instrumento para aprofundar o conhecimento sobre o objeto que realmente nos interessa. Um bom exemplo é a compreensão que o terapeuta tem do perfil emocional de um conjunto de pacientes com experiências comuns ou de conjuntos de pacientes com experiências diversas. Também é um bom exemplo de caso instrumental a compreensão que podemos vir a ter de um método de intervenção a partir de seu impacto nos indivíduos que dele se beneficiam.

O terceiro tipo é o estudo de caso coletivo, que reduz ainda mais o interesse no caso particular. Este tipo de estudo contempla um conjunto de casos para investigar e examinar um fenômeno, população ou condições gerais. É o estudo instrumental ampliado, destinado, prioritariamente, a confirmar ou infirmar teorias e leis gerais. A possibilidade de generalização, neste caso, pode ser um dos fatores distintivos entre o funcional e o coletivo.

Esta tese apresenta dados resultantes de um estudo de caso funcional qualitativo. Os casos intrínsecos referentes a cada Pólo se submetem ao interesse maior do conjunto de Pólos, do sistema de capacitação, o que nos

leva à compreensão de sua organização e do impacto absorvido por eles em função de seus respectivos marcos institucionais.

No capítulo 8, a seguir, estão indicados o marco analítico, as principais variáveis analisadas e respectivos indicadores de ocorrência bem-sucedida ou de aspectos que merecem correção.

PARTE VI – ANÁLISE

CAPÍTULO 8 – RESULTADOS

CAPÍTULO 9 – CONCLUSÕES

8. RESULTADOS

Os resultados analisados neste capítulo referem-se às entrevistas com os coordenadores, articuladores e outros atores qualificados realizadas nas sedes dos Pólos de Saúde da Família e de Educação Permanente (detalhamento no ANEXO III).

Estão excluídos da análise sistemática – e só serão mencionados quando oportunos ou necessários – os dados coletados nos municípios, através de entrevistas com os gestores municipais, com membros das equipes de saúde da família e com famílias atendidas pelos agentes comunitários de saúde. Apesar da riqueza destas informações, o fato de a pesquisa sobre os Pólos de Educação Permanente não ter incluído visitas aos municípios impede a comparação de resultados obtidos na instância local. Convém assinalar, entretanto, que este fato é, em si mesmo, um *achado* relevante de pesquisa, uma vez que a exclusão dos municípios, na amostra do segundo estudo, se deveu à inexistência de atividades desenvolvidas ou coordenadas, na esfera municipal, pelos Pólos de Educação Permanente. Neste sentido, uma das recomendações que fizemos, em decorrência dos resultados da avaliação, foi exatamente a necessidade de aprimorar a participação dos gestores municipais e as ações dos Pólos-EP no nível local, ampliando seu alcance.

8.1. Marco Analítico

As modificações introduzidas no sistema de capacitação pelas diretrizes de educação permanente, através da Portaria MS 198/04, ampliaram o leque de atores participantes, tanto pessoais quanto institucionais. Ampliaram, assim, o potencial de associação dos Pólos com diferentes instituições e, em decorrência, sua potencial capilaridade. Por outro lado, muitas das atribuições do sistema anterior foram mantidas, o que permite concluir que a atual política de educação permanente, no que se refere à missão e aos mecanismos de atuação, acrescentou sem excluir.

Assim sendo, a exemplo dos Pólos-SF, os Pólos-EP têm mandato para articular instituições e atores pessoais, integrar ensino e serviço, formular projetos de capacitação que possam atender às demandas da população, do serviço e do próprio ensino, estabelecer relações que configurem redes de atenção à saúde, considerar os problemas emergentes do trabalho e promover uma educação significativa. Neste contexto, o marco analítico adotado para o exame das duas políticas contempla as mesmas dimensões. Os eixos estruturantes e os parâmetros constitutivos do marco analítico já foram mencionados em linhas gerais e resumidos anteriormente. Neste capítulo, entretanto, apresentamos suas definições mais detalhadas, bem como as variáveis componentes de cada eixo e os indicadores de ocorrência apropriada, ou não, das dimensões selecionadas para orientar a análise (Quadro 6).

Estrutura e Organização. Compreende o conjunto de instituições e atores individuais que integram o desenho organizacional do Pólo, incluindo o desempenho intra-organizacional e inter-institucional. O primeiro contempla as atribuições decisórias das instâncias técnica e administrativa e o segundo contempla a capacidade real e potencial de articulação e interação das organizações participantes. O *relacionamento intra e interorganizacional* pode enfatizar estilos característicos de *isolamento* ou *interação*, enquanto o *processo decisório* pode caracterizar procedimento hierárquico verticalizado e avesso à negociação ou procedimento cooperativo, com abertura para decisões negociadas.

Projeto Institucional. Este eixo contempla duas dimensões: (i) a *relação entre ensino e serviço*, traduzida pela natureza do projeto institucional de formação, e (ii) os *níveis de abrangência e sustentabilidade* deste projeto, em termos dos conteúdos do currículo, origem da demanda e público-alvo.

Descentralização e Cooperação Institucional. Compreende duas dimensões: (i) capacidade de integração dos planos de ação do Pólo com os objetivos da política de saúde nas três esferas da federação: central, estadual e local; e, (ii) existência de atividades parceirizadas com instituições vinculadas, permitindo ampliar a capilaridade do sistema formador.

Institucionalização e Mudança. Este eixo contempla as variáveis indicativas da capacidade que os Pólos têm de produzir e incorporar inovação, por um lado, e da existência de sistemas de monitoramento e avaliação capazes de detectar as possibilidades de seu aprimoramento, por outro.

Quadro 6 – Indicadores por Dimensão Analisada

EIXO	DIMENSÃO	OCORRÊNCIA POSITIVA	OCORRÊNCIA QUE DEMANDA APRIMORAMENTO
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO: RELACIONAMENTO E PROCESSO DECISÓRIO	INTEGRAÇÃO X ISOLAMENTO INSTITUCIONAL	Integração institucional entre as instâncias decisórias internas e entre as instituições integrantes do Pólo, contemplando as instituições do ensino e do serviço. A interação supõe atuação conjunta com fronteiras amplas: reuniões e troca de conhecimentos sobre conteúdos substantivos e procedimentos operacionais.	Isolamento das instâncias internas e das instituições participantes: significa nível escasso de comunicação e conhecimentos não compartilhados.
	COOPERAÇÃO X HIERARQUIA	Decisão compartilhada: planos de ação concebidos em equipe, reuniões freqüentes, participação ampla, cooperação e consenso entre as diversas instituições integrantes.	Decisão hierárquica: planos de ação outorgados verticalmente, escassez de reuniões e participação restrita, sem construção de consensos.
PROJETO INSTITUCIONAL: CONTEÚDOS E ATIVIDADES	RELAÇÃO ENSINO E SERVIÇO	Projeto institucional integrador e proativo: a oferta incorpora, antecipa ou cria a demanda. A prática profissional é levada em consideração.	O projeto institucional de ensino é alheio às necessidades e demandas do serviço.
	ABRANGÊNCIA X RESTRIÇÃO	Capacitação ampla com implementação de atividades sustentáveis relacionadas com as necessidades do serviço e com conteúdos de AB e SF nos cursos de graduação, especialização e pós-graduação.	Capacitação restrita e rotineira, com eventos isolados e sem continuidade. Capacitação “contida” e isolada do sistema educacional formal.
DESCENTRALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO: ESFERAS GOVERNAMENTAIS	INTEGRAÇÃO X EXCLUSÃO	Relacionamento intenso com adequação entre os objetivos dos planos e os objetivos da política de saúde nos níveis central, estadual e local. Conhecimento das necessidades locais, atendimento e devolução do ensino ao serviço.	Relacionamento escasso, restrito às reuniões formais e cumprimento das exigências legais.
	CAPILARIDADE X CONCENTRAÇÃO	Existência de núcleos de capacitação, cursos descentralizados, visitas, estágios e articulação com as esferas locais para a constituição de redes	Inexistência de atividades descentralizadas; concentração no núcleo central; não estabelecimento de parcerias
INSTITUCIONALIZAÇÃO E MUDANÇA: GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	INOVAÇÃO X REPRODUÇÃO	Incorporação de inovações gerenciais e de articulação interinstitucional	Reprodução de mecanismos operacionais clássicos
	SISTEMÁTICO X ERRÁTICO	Existência e utilização de sistema formal de monitoramento e avaliação com resultados de impacto incorporados para aprimoramento do sistema	Inexistência de medidas sistemáticas ou não incorporação dos resultados

Fonte: Elaboração própria a partir de VIANA, A. L. (2008)

8.1.1. Estrutura Organizacional: Interação Institucional e Processo

Decisório

Este tema contempla principalmente os níveis de relacionamento institucional, que podem ser de isolamento ou integração e, em decorrência, as características do processo decisório que podem demonstrar a existência de planos de ação concebidos em trabalho de equipe com bons níveis de cooperação ou através de procedimentos hierárquicos rigidamente departamentalizados.

Os resultados referentes aos Pólos-SF estão baseados no tipo de participação de diferentes instituições na concepção e implementação dos planos de ação dos Pólos. Assim sendo, os participantes foram identificados como instituições de ensino superior; instituições da administração pública centralizada, principalmente instituições vinculadas às secretarias estaduais e municipais de saúde; instituições da administração pública descentralizada, como é o caso de fundações e empresas públicas; instituições da sociedade civil e, finalmente, instâncias de representação, principalmente conselhos sociais setoriais. O tipo de participação foi resumido em atividades de coordenação; implementação de projetos; planejamento, estudos e consultorias e, finalmente, apenas inclusão no Pólo, sem declaração de atividade operacional sistemática. Os resultados mostraram que três dos onze Pólos avaliados demonstraram níveis de isolamento, com ausência de participação das instâncias de representação e baixa capacidade de articulação institucional, embora dois deles tenham

declarado a existência de relações com instituições públicas gestoras e instituições de ensino superior, principalmente em atividades de implementação de projetos; oito Pólos apresentaram níveis altos de interação, com integração entre as instituições de ensino e de serviço, estabelecimento de parcerias institucionais e participação das instâncias de representação. O Quadro 7 assinala a natureza e a declarada atribuição das instituições participantes.

Quadro 7 – Instituições Integrantes dos Pólos-SF por Natureza e Tipo de Participação

TIPO DE PARTICIPAÇÃO	PÓLO	NATUREZA DA INSTITUIÇÃO							
		ENSINO SUPERIOR		SERVIÇO: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL OU MUNICIPAL		OUTRAS: EMPRESAS, ONGS, OSCIPS		INSTÂNCIAS DE REPRESENTAÇÃO	
		PÓLOS	INSTITUIÇÕES	PÓLOS	INSTITUIÇÕES	PÓLOS	INSTITUIÇÕES	PÓLOS	INSTITUIÇÕES
COORDENA PROJETOS	SF	08	35	10	27				
IMPLEMENTA PROJETOS	SF	10	36	10	27				
PLANEJA, ESTUDA, DEBATE, ASSESSORA, APÓIA, OFERECE CONSULTORIA	SF	07	32	08	25	02	02	08	08
APENAS INTEGRAM O PÓLO	SF							03	03

Fonte: elaboração própria.

Os resultados referentes aos Pólos-EP estão baseados no desempenho do Colegiado de Gestão definido a partir da frequência de ocorrência das reuniões e da participação dos segmentos que devem integrar ou estar representados no Colegiado de Gestão, a saber:

1. Secretarias Estaduais de Saúde
2. Secretarias Municipais de Saúde
3. Instituições de Ensino Superior
4. Escolas Técnicas do SUS
5. Centros Formadores de Recursos Humanos
6. Hospitais Universitários e de Ensino
7. Conselhos Estaduais de Saúde
8. Conselhos Municipais de Saúde
9. Associações Profissionais e Sindicatos
10. Estudantes

Os critérios adotados para classificar o desempenho do Pólo, em termos de integração e capacidade de articulação, são totalmente empíricos, o que significa dizer que, a partir das declarações dos entrevistados, organizamos a matriz *frequência de realização das reuniões x segmentos presentes*. Os critérios resultantes para classificação do desempenho são os seguintes:

- Baixo: Nenhuma ou uma (0-1) reunião anual com qualquer número de participantes ou qualquer frequência de reuniões com no máximo 2 representantes dos segmentos potenciais.
- Médio: reuniões mensais, bimestrais ou trimestrais com a presença de 3-7 representantes dos segmentos potenciais.
- Alto: reuniões quinzenais com a presença de até $\frac{3}{4}$ de segmentos representados ou reuniões mensais, bimestrais ou

trimestrais com a presença de 8-10 pessoas representando todos os segmentos potenciais (SES, SMS, IES, ET-SUS, CFRH, HUs, CES, CMS, Associações Profissionais e Estudantes).

- Muito alto: reuniões quinzenais com a presença de representantes da totalidade (10) dos segmentos potenciais.

Os resultados referentes à capacidade de interação institucional indicaram que, dos nove Pólos-EP avaliados, dois apresentaram desempenho baixo, cinco apresentaram desempenho médio, um apresentou desempenho alto e um, muito alto.

As características do processo decisório no âmbito do Pólos-EP foram definidas em função do comportamento de três variáveis: instância deliberativa, dinâmica adotada para condução e deliberação dos assuntos e legitimidade da instância decisória.

Os resultados indicaram que, em sete dos nove Pólos-EP avaliados, o Colegiado de Gestão é concebido como espaço de discussão com caráter deliberativo. Nestes casos, as decisões são consensuais, exceto em um Pólo no qual, diante da impossibilidade de consenso negociado, tem ocorrido votação.

Em dois Pólos, o Colegiado de Gestão é considerado um espaço informativo e um fórum de discussão. Nestes dois casos, a deliberação é reservada para o Conselho Gestor, sendo a decisão considerada legítima desde que as reuniões contem com a presença de representantes dos gestores estaduais e municipais, com representantes das instituições de ensino superior que

integram o Pólo e, finalmente, com a presença de conselheiros encarregados do controle social. Aparentemente, a descrição da estrutura organizacional dos Pólos, em termos das interações institucionais ocorridas e das características do processo decisório, foi mais precisa e rigorosa nos casos dos Pólos-SF. A precisão, admitindo que tenha ocorrido, é também aqui um *achado* de pesquisa. As diretrizes para a organização dos dois sistemas diferem. A composição dos Pólos-EP é ampla e voluntária, o que tem ocasionado, segundo os entrevistados, certa rotatividade e alguma instabilidade com respeito à frequência às reuniões e ao compromisso social dos participantes. A organização horizontal tem dificultado o estabelecimento e o cumprimento de agendas deliberativas. A falta de sede física tem obstaculizado a identificação do Pólo enquanto referência e ponto de encontro. A inexistência de uma instituição nuclear responsável pelo planejamento do gasto e financiamento dos projetos, associada à inexistência de instituições parceiras, com atribuições claras, transmite a impressão e permite o exercício de um projeto sem foco.

8.1.2. Projeto Institucional: Conteúdos e Atividades

As diretrizes substantivas e operacionais para a estruturação dos Pólos-SF e dos Pólos-EP têm diferenças significativas que podem interferir no formato dos respectivos projetos institucionais e, por que não, na eficácia dos resultados.

O cenário no qual foi concebida a política de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família ofereceu diretrizes substantivas e operacionais favoráveis ao estabelecimento de seu plano de ação. Do ponto de vista substantivo, a estratégia de saúde da família focalizou claramente a atenção básica como porta de entrada no sistema e como principal nível de atuação dos Pólos-SF. Reservou-lhes, assim, a atribuição de capacitar os profissionais de saúde para as atividades de prevenção e para as atividades de articulação e monitoramento da integração entre o ensino e o serviço e entre os diferentes níveis de complexidade da atenção. Do ponto de vista operacional, as diretrizes determinaram a regionalização da rede de serviços, a descentralização do gerenciamento, a provisão das ações de assistência com prioridade para a atenção básica. Além disso, introduziram inovação expressiva na lógica de financiamento dos serviços de saúde através do pagamento *per capita* das ações ampliadas do atendimento básico (PAB fixo) e da cobertura específica de programas especiais (PAB variável). O desenho estrutural do sistema contemplou uma coordenação exercida por instituições líderes capazes de articular parcerias, tanto do serviço quanto do ensino, para uma atuação integrada e com níveis altos de capilaridade e sustentação. Finalmente, ao focalizar as equipes de saúde da família, as diretrizes de organização dos Pólos-SF identificaram claramente o público-alvo, seja em termos quantitativos, seja em termos da formação profissional dos beneficiários¹⁴. Esta identificação facilitou, por sua vez, as

¹⁴ A Portaria 1886 MS/GM, de 18/12/1997, recomenda que uma ESF - responsável por uma

sugestões e recomendações de conteúdos curriculares prioritários a serem desenvolvidos.

As diretrizes para constituição dos Pólos de Educação Permanente para o SUS (Pólos-EP) são mais gerais e mais abrangentes. O âmbito de atuação é locorregional e a locorregião não coincide, necessariamente, com as regiões definidas do ponto de vista sócio-demográfico ou geográfico. O público-alvo é amplo, visto que inclui todos os trabalhadores do SUS, os gestores estaduais e locais, os alunos de graduação e especialização e as instâncias de representação de classe, além dos conselhos sociais setoriais. Os Pólos-EP não contavam, durante a pesquisa, com sedes físicas nem com recursos para instalação e custeio de uma infra-estrutura mínima necessária ao seu funcionamento. O financiamento dos projetos deveria ser liberado diretamente pelo Ministério aos respectivos proponentes. Neste contexto, os conteúdos de capacitação são amplos e complexos, complexidade acentuada pelo fato de que a origem da demanda e das necessidades está no exercício profissional, o que introduz a exigência de identificar e classificar os problemas, respondendo às suas indagações através da oferta de conhecimentos aplicáveis à sua solução. É neste contexto que identificamos, a partir de análise documental e relato dos atores entrevistados, as características do Projeto Institucional dos Pólos-SF e Pólos-EP, seus conteúdos e atividades. É importante lembrar que estamos

área onde vivam 1000 famílias ou 4.500 pessoas - seja composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os agentes comunitários de saúde obedecem à proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. Posteriormente, a Portaria MS/GM 1444, de 28/12/00, publicada no DOU de 29 do mesmo mês, introduz e estabelece relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família: para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão ser implantadas duas equipes de saúde da família.

excluindo dos resultados de 2006 os Pólos que não foram avaliados: Pernambuco e Rio de Janeiro.

Entre os onze Pólos-SF avaliados em 2000, encontramos quatro com atuação reativa às diretrizes dos gestores estaduais ou locais e sete com atuação proativa, implementando projetos próprios antecipadores da demanda. As atividades de três dos onze Pólos-SF apresentaram níveis básicos de diversificação, uma vez que se restringiram à oferta de cursos introdutórios, dois apresentaram níveis médios e seis apresentaram atividades com níveis altos de abrangência e diversificação, tendo oferecido cursos introdutórios; programação em áreas temáticas, ciclo de vida, especialização e aperfeiçoamento. O Quadro 8 resume estes resultados e assinala os conteúdos classificados nas seguintes dimensões: introdutório, ciclo de vida, áreas temáticas, atualização, especialização, formação (graduação e pós-graduação).

Entre os nove Pólos-EP avaliados em 2006, encontramos resultados diversificados e uma defasagem significativa entre os projetos elaborados e encaminhados ao Ministério da Saúde e aqueles, de fato, realizados. Nem mesmo as atividades previstas pelas diretrizes foram realizadas, como é o caso da capacitação de facilitadores e das atividades de formação destinadas ao controle social. Há um predomínio das atividades de administração e gestão destinadas à organização dos Pólos. (Tabelas 4 e 5)

Quadro 8 – Atividades dos Pólos de Saúde da Família. Brasil, 2000

PÓLO-SF	CAPACITAÇÃO			EDUCAÇÃO PERMANENTE		FORMAÇÃO
	Introdutório	Ciclo de Vida	Área Temática	Atualização	Especialização	Graduação e Pós
AL	ESF: Atualização de Práticas	Materno-Infantil	AIDPI	Controle de Infecção	SF: Enfermagem Obstétrica e de Saúde Pública	Estágio Comunitário e Vivência nas Unidades de SF
BA	Introdutório, Oficina Regional e Multiplicadores		AIDPI e Treinamento em SIAB	Res. Multiprofissional, Formação ACS, AE e Gestores Municipais		
CE	Introdutório PSF, Planejamento, Organização de Serviços		Formação de Gestores		Especialização em SF e em Sistemas de Saúde	Reforma Curricular, Residência Médica e de Enfermagem em SF
DF	Introdutório PSF, Treinamento ACS	Criança, Adolescente, Mulher, Adulto.	Saúde Bucal, Medicina Natural, Práticas de Integração.			Acompanhamento das ESF e Internato
MG/BH	Introdutório descentralizado em Núcleos Regionais; Oficinas de Avaliação	Adulto, Criança, Mulher e Saúde Mental (Microrregionais)	Métodos Aprendizagem, Fototerapia em SP Aux. Enfermagem e ACS, Atenção Básica em SF	AIDPI, Plantas Medicinais (Farmácia Verde), SIAB e Atualização PACS	SF: Capacitação técnica e sócio-pedagógica; Ações de Saúde; Especialização em SF	SF nos cursos de: Fono, T.O., Psicologia, Farmácia, Odonto; Estágio Curricular e Internato Rural
MG/JF	Introdutórios	Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal e Parto	Básico de Enfermagem; Capacitação de Enfermeiros p/ treinamento de ACS	Atenção Básica para ESF	Especialização em SF; Atenção Básica para ESF	Cursos: Saúde Pública, Pediatras, Planejamento, Doutorado em Saúde Coletiva (c/IMS UERJ)
MT	Introdutório e Básico: Princípios do PSF	Capacitações do MS Ciclo de Vida	Medicina baseada em evidências; Epidemiologia Clínica	Especialização em PSF para nível superior		Estágios em SP; Internatos Rural e Urbano; Residência SF
PE	Sistemas de Saúde e SIAB		Tuberculose, Hanseníase, Cólera, AIDPI		Especialização em SF	Disciplinas de Saúde Coletiva; Residência em SF
PR	Introdutório para equipes SF	Criança, Materno-Infantil, Idoso, Adolescente	Controle DST, AIDS, HIV, Crônico- Degenerativo, Odontologia	Equipes PSF e ACS	Profissionais de Nível Superior de ESF	Conteúdos de SF para graduação em Medicina, Enfermagem e Odonto
RJ	Introdutórios	Idoso e Criança	HIV; Gerenciais; Pedagógicos		Multiprofissional em SF; Supervisão p/ Médicos de Família e A.Enfermagem	SF em Medicina, Nutrição; Planejamento e Gestão; Doutorado em Odonto Social
SC	Introdutórios descentralizados nos Núcleos Regionais	AIDPI; Oficinas: Metodologia Científica; Epidemiologia			Grupos Terapêuticos; Atualização em SF para Profs. Universitários	SF, SP e SC para Enfermagem, Psicologia, Fisiologia e Internato

Fonte: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP): *Formação de profissionais para a saúde da família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF. Relatório de Pesquisa (2 vols). Campinas, maio de 2002.*

Tabela 4 – Pólos de Educação Permanente: Projetos Encaminhados ao MS x Projetos Implementados, por Tipo de Atividades

Pólo-EP	PROJETOS ENCAMINHADOS AO MS (E) E PROJETOS REALIZADOS (R), POR NATUREZA DO CONTEÚDO													
	EP e Estruturação dos Pólos-EP		Atenção Básica e PSF		Gestão		Curso de Facilitadores		Controle Social		Outras atividades		Total	
	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R
Belo Horizonte	10	1	9	1	9	2	0	0	1	0	2	0	31	4
Brasília	1	0	3	1	2	1	0	0	0	0	2	0	8	2
Cuiabá	1	0	5	5	2	2	0	0	0	0	9	7	17	14
Curitiba	0	0	5	2	0	0	0	0	1	0	2	0	8	2
Florianópolis	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Fortaleza	2	1	10	10	1	1	0	0	0	0	0	0	13	12
Juiz de Fora	4	1	9	0	1	0	0	0	1	0	1	0	16	1
Maceió	2	0	11	5	6	0	2	0	1	0	14	1	36	6
Salvador	1	1	10	0	0	0	0	0	4	0	10	0	25	1
Total	21	4	64	26	21	6	2	0	8	0	40	8	156	44

Fonte: Projetos Encaminhados: MS/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento – 2005.
Projetos Realizados: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva FMUSP

Tabela 5 – Abrangência das Atividades dos Pólos e Relação Ensino-Serviço

NATUREZA DAS ATIVIDADES EFETIVAMENTE REALIZADAS	TOTAL DE PÓLOS	
	SF	EP
As atividades que integram o projeto institucional são proativas e integradoras , à medida que (a) atendem às necessidades do Serviço e (b) demonstram alinhamento com os objetivos do SUS, de seus Programas (SF, AB, Ciclo de Vida, Áreas Temáticas) e com as diretrizes oficiais da política de capacitação (Estratégia de Saúde da Família ou Educação Permanente).		
– Cursos relacionados com AB e SF (Atenção Básica e Saúde da Família)	11/11	07/09
– Capacitação em áreas relacionadas com a saúde da população segundo ciclo de vida	08/11	01/09
– Divulgação das diretrizes e proposta pedagógica: Introdutórios e Cursos de Formação de Facilitadores	11/11	02/09*
– Aprendizagem em serviço: formulação de problemas, aplicação, educação permanente, estágios.	10/11	03/09
– Controle social: formação de conselheiros, gestores ou profissionais de nível superior.	05/11	01/09
– Mudanças curriculares: residência e conteúdos de AB e SF nos cursos de graduação e pós-graduação	08/11	---
– Formação de pessoal para atividades administrativas (gestão de serviços, secretaria executiva)	02/11	04/09
As atividades que integram o projeto institucional são abrangentes , à medida que envolvem no planejamento e execução outras instituições e sua implementação é feita de forma descentralizada alcançando (através da participação de Núcleos, Dires, DS, SMS) os níveis locais e o público-alvo		
– Organização, instalação e articulação de parcerias institucionais.	11/11	06/09
– Planejamento compartilhado com outras instituições ou com os representantes institucionais nos fóruns decisórios (colegiados, conselhos)	11/11	06/09

* Projetos elaborados, mas não realizados

Apenas nas atividades voltadas para a capacitação de pessoal administrativo os Pólos-EP superaram a atuação do conjunto de Pólos-SF. É importante assinalar que mesmo a atividade de formação de facilitadores não teve continuidade, enquanto iniciativa dos próprios Pólos-EP, para uma implementação massiva. Tal atividade consistiu de um programa de educação à distância implementado em 6.500 municípios, formando *um facilitador em cada localidade*. Entre os 11 Pólos-SF, sete demonstram níveis altos de integração e proatividade (Gráfico 3). Com respeito à abrangência e capilaridade, os Pólos-SF, atuaram em conjunto com instituições de ensino de vários municípios, com órgãos de saúde descentralizados (DIRS ou DS) e com apoio dos governos locais. As atividades desenvolvidas pelos Pólos nos municípios demonstram seus níveis de diversificação, abrangência e integração com as diretrizes do serviço. Os níveis de integração ensino-serviço são altos para sete dos onze Pólos-SF avaliados e baixos para os quatro restantes. Os níveis de diversificação e abrangência dos onze Pólos-SF são altos para seis, médios para dois e baixos para três deles. (Gráfico 4)

Gráfico 3 Pólos-SF - Integração e Proatividade na Relação Ensino-Serviço
Gráfico 4 Pólos-SF - Diversificação das Atividades

Gráfico 3

Gráfico 4

8.1.3. Descentralização e Cooperação Institucional: Integração e Capilaridade

Esta dimensão, conforme definição apresentada antes, trata da relação dos Pólos com as instâncias gestoras estaduais e municipais e, em decorrência da interação com a esfera local, examina os níveis de capilaridade dos Pólos em função da existência de atividades descentralizadas. O exame da intensidade do relacionamento intergovernamental dos Pólos-SF e de sua capacidade de multiplicação através da execução de atividades descentralizadas em parceria com instituições locais ou regionais identificou os seguintes resultados: um Pólo-SF apresentou relacionamento escasso, apenas restrito ao necessário; sete Pólos-SF apresentaram relacionamento intenso com ocorrência de reuniões de planejamento e processo decisório cooperativo, com decisões compartilhadas entre o Pólo e os gestores; três apresentaram relacionamento mediano. No que se refere à capacidade de multiplicação, os resultados revelaram quatro Pólos-SF com atuação centralizada, dois com atuação medianamente descentralizada e cinco com atuação altamente descentralizada.

Gráfico 5 Pólos-SF- Relacionamento Intergovernamental**Gráfico 6** Pólos-SF - Descentralização e Potencial de Multiplicação **Gráfico 5** **Gráfico 6**

No caso dos Pólos-EP e segundo as declarações dos entrevistados, todos se relacionam com o serviço, através de integração com as instâncias gestoras municipais e estaduais. O agente da integração é o Colegiado de Gestão, citado em todos os casos.

Por oportuno e a título de *aide-mémoire*, retomo a definição das três instâncias articuladoras-gestoras dos Pólos-EP.

O Colegiado de Gestão é responsável pela elaboração das propostas e definição das estratégias e operações conceituais referentes à estratégia pedagógica, metodologia, processos seletivos, definição de prioridades e temas centrais do processo de educação permanente. Deve, ainda, responsabilizar-se pelas providências capazes de fortalecer o controle social. Seu papel principal é quebrar a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia dos fluxos, substituindo a arquitetura do organograma pela dinâmica da roda.

O Conselho Gestor é uma instância mais operacional que se responsabiliza pela promoção de reuniões periódicas do Colegiado de Gestão.

Secretaria Executiva, como o nome indica, deve ser composta por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde, para concretizar e agilizar os encaminhamentos (decisões) do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Ao mesmo tempo que a integração com as instâncias estadual e local é atribuída ao Colegiado de Gestão, os dados da avaliação, como já dissemos, indicaram níveis muito baixos de participação dos municípios, o que ocasionou uma recomendação dos avaliadores – ao Ministério de Saúde – para empreender esforços no sentido de valorizar a participação dos gestores municipais e do COSEMS nas atividades de diagnóstico e planejamento das ações do Pólos-EP.

Os resultados das entrevistas no que se refere à integração dos Pólos-EP com as esferas governamentais e ao caráter compartilhado ou isolado do planejamento das ações, revelaram que cinco realizam planejamento compartilhado, sendo o instrumento de integração o próprio Colegiado de Gestão e quatro apresentam planejamento isolado.

8.1.4. Institucionalização e Mudança: Inovação, Monitoramento e

Avaliação

Esta dimensão trata de averiguar o impacto da atuação dos Pólos no estilo gerencial adotado na implementação da política de capacitação de pessoal

para a saúde, principalmente com respeito à incorporação dos mecanismos de avaliação enquanto instrumentos destinados a aprimorar os níveis de eficiência dos programas implementados.

Com respeito aos Pólos-SF, os resultados das entrevistas foram examinados à luz de uma avaliação reflexiva que relacionou as características dos Pólos com as diretrizes do Programa de Saúde da Família, de modo a detectar aspectos inovadores na atuação dos sistemas de capacitação ou a simples reprodução das características do PSF. Foram considerados aspectos puramente organizacionais (pessoal, instalações, transporte, equipamentos) e examinou-se, principalmente, o impacto da atuação dos Pólos no processo de capacitação formalmente implantado e nas atividades das instituições participantes.

Os resultados identificaram três Pólos-SF bastante conservadores quanto ao gerenciamento da implementação; um com atuação intermediária e sete exercitando importantes recursos de consolidação e inovações gerenciais, traduzidos por altos níveis de articulação e criação de parcerias; estabelecimento de processos decisórios e planejamentos compartilhados, com o uso de técnicas importantes para trabalho em equipe; realização de planejamento estratégico com utilização de técnicas atualizadas e com altos níveis de participação (Gráfico 7). A necessidade de disseminar conhecimento sobre a estratégia de saúde da família e os esforços educativos para o envolvimento da comunidade – principalmente através do trabalho dos agentes comunitários de saúde – foram temas constantes nas

discussões, seminários e organização de núcleos descentralizados de capacitação. Um outro aspecto da inovação identificada refere-se à construção de um projeto educacional adequado às necessidades da atenção básica com inovações metodológicas, pedagógicas e curriculares. Finalmente, o impacto institucional pôde ser aferido pela mobilização do pessoal e ampliação dos espaços institucionais reservados à atenção básica nas organizações participantes.

Gráfico 7 **Pólos-SF – Nível de Inovação Gerencial**

Gráfico 8 **Pólos-SF – Consolidação de Monitoramento e Avaliação**

Gráfico 7

Gráfico 8

Gráfico 9 – Níveis de Impacto dos Pólos-SF na Graduação

Gráfico 10 – Níveis de Impacto dos Pólos SF nas Instituições

Gráfico 9

Gráfico 10

Fontes: NEPP/UNICAMP 2000

A mesma dimensão examinada a partir das entrevistas realizadas durante a avaliação dos Pólos-EP indica que, na opinião de alguns entrevistados (em

três Pólos-EP), não é possível identificar mudanças. Para outros entrevistados, dentre os quais selecionamos algumas opiniões, houve mudança, inovação e impacto assim descritos:

Ampliação de responsabilidade dos atores; mudanças nos processos de trabalho; geração de uma massa crítica importante; mudanças das práticas; oportunidade para discussão de problemas entre os hospitais de ensino públicos e privados; integração entre ensino e pesquisa graças à participação das Fundações de Amparo à Pesquisa; algumas mudanças curriculares; valorização dos estágios; ocorrência de discussões enfatizando a humanização, o cuidado, a integralidade e as relações interpessoais; resgate do social como objetivo fundamental da estratégia da educação permanente em saúde; estímulo à auto-reflexão; importante transformação da mentalidade. (Entrevistas em seis Pólos-EP)¹⁵

Não registramos, nos dois casos, a existência de atividades de monitoramento e avaliação, enquanto atividades sistemáticas estruturadas com o objetivo de aprimorar o desempenho da política. Na primeira pesquisa, encontramos seis Pólos-SF com desempenho considerado “baixo” e cinco com desempenho considerado “médio” em relação às atividades de avaliação e monitoramento. (Gráfico 8). Na segunda pesquisa, não há nenhuma atividade neste sentido. Reproduzimos, a seguir, o quadro

¹⁵ Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP. 2006

comparativo dos aspectos positivos das políticas de capacitação avaliadas.(Quadro 9).

Quadro 9 – Aspectos Positivos das Políticas de Capacitação Avaliadas, Segundo Opinião dos Entrevistados

ASPECTO	PÓLOS-SF	PÓLOS-EP
PARTICIPAÇÃO	Impulsionou a participação dos docentes e profissionais da atenção. Mobilizou as Instituições de Ensino Superior para as atividades de atenção básica.	Ampliou o público-alvo. Deu maior oportunidade de participação aos gestores locais, conselheiros e ONGs. Mobilizou os docentes para as atividades do Pólo.
ATIVIDADES EDUCACIONAIS	Criação de novas disciplinas e cursos, incluindo Especialização em SF. Favorecimento da inserção de alunos na rede básica de serviços. Propiciou a formação de pessoal para o SUS.	Ampliação das atividades e do público-alvo. Maior integração entre as diferentes equipes de saúde. Introduziu a lógica da educação permanente. Focalizou as necessidades dos municípios e a formação de gestores e conselheiros.
LÓGICA DE OPERAÇÃO	Implementou um sistema bem-estruturado e bem-coordenado, com autonomia, recursos vinculados e estrutura ágil.	A roda é mais democrática, todos estão na mesma condição, recebem as mesmas informações e não há discriminação. Permitiu a participação de novas instituições.
ASPECTOS GERAIS	Estímulo à expansão do PSF. Consolidação de experiências para a introdução de futuros programas de capacitação. Implementou sistema com condições materiais adequadas para o alcance de maior eficácia. Permitiu o cumprimento de objetivos com eficácia. Favoreceu a capacitação pedagógica de docentes e profissionais envolvidos.	O sistema é sintonizado com as diretrizes do SUS. Ampliou a noção de atenção básica. Contemplou a gestão e formação de trabalhadores e usuários. Alterou as práticas. Tem grande autonomia. Permite mais discussão e reflexão. O planejamento é feito com base nas necessidades de cada região.

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP. 2006

9. CONCLUSÕES

Na introdução deste trabalho, assinalei os objetivos e indagações que nortearam seu desenvolvimento.

A questão mais instigante nasceu do esforço para entender a descontinuidade da política de capacitação e educação permanente implementada pelo Sistema Pólos-SF (Capacitação, Formação e Educação de Pessoal para a Saúde da Família). Instigante porque a descontinuidade de políticas e programas sociais é uma constante na administração pública brasileira. Simultaneamente aos esforços para formar uma burocracia permanente, capaz de fundamentar sua ação no compromisso com os projetos institucionais, seu aprimoramento e continuidade¹⁶, presenciamos o estímulo ao estabelecimento de compromissos com pessoas, compromissos frágeis em virtude da alta rotatividade com que pessoas ocupam e desocupam cargos.

Instigante porque exige a identificação de explicações gerais para a recorrência de rupturas, principalmente porque, no caso da política de capacitação de recursos humanos, a descontinuidade do modelo Pólos-SF deu-se imediatamente após a demonstração de seus resultados positivos, obtidos em pesquisa avaliativa que incluiu o universo dos Pólos e uma amostra significativa de municípios beneficiados pela sua atuação.

¹⁶ Caso de alguns setores responsáveis por atividades exclusivas do Estado com poder para regulamentar, fiscalizar e fomentar. Exemplos de burocracias permanentes, usualmente mencionados, são os profissionais da Receita Federal, Secretaria do Tesouro e Ministério das Relações Exteriores.

Neste contexto querelante entre a certeza e a dúvida, ganharam corpo os principais objetivos desta tese.

Em termos específicos, tratava-se de identificar, por um lado, o impacto que diferentes desenhos organizacionais do sistema de ensino podem ter, tanto na definição de conteúdos e atividades apropriadas, quanto na qualidade da articulação interinstitucional, uma vez que estas são dimensões capazes de ampliar o elenco de atores alinhados com os objetivos de aprimoramento do SUS. Além disso, tinha-se em vista verificar se diferentes formatos organizacionais do ensino permitem, igualmente, o alcance dos pretendidos objetivos de formar profissionais de excelência capazes de oferecer uma atenção humanizada e de aprimorar a qualidade do serviço.

Em termos mais amplos, fazia-se necessário buscar explicações gerais para as opções que favoreceram um ou outro tipo de desenho organizacional do sistema de ensino. A pergunta síntese focalizou a necessidade de verificar a existência de características institucionais reconhecidamente capazes de sustentar sistemas de ensino mais eficazes para a saúde.

Assim, as conclusões deste trabalho devem responder se os sistemas de ensino concebidos sob a inspiração moderna das administrações burocrática e gerencial são diferentes dos sistemas de ensino inspirados na estratégia metodológica não-moderna da *gestão de coletivos e roda*. E, sendo diferentes, em que medida e em que direção esta diferença impacta a operacionalização dos planos de ação quanto aos conteúdos enfatizados, ao público-alvo e ao desempenho da arena decisória responsável pelas diretrizes da política de educação permanente.

9.1 Sistema de Capacitação: Organização e Projeto Institucional

A organização dos Pólos-SF conta com a participação de instituições de natureza diversificada, representantes do ensino e do serviço, do setor público governamental e do terceiro setor. A articulação interinstitucional é eficaz, multiplicando as parcerias e ampliando os níveis de capilaridade do sistema formador que desenvolve atividades em nível municipal e regional.

A agenda e os planos de ação são alinhados com os objetivos do programa de saúde da família, cuja implementação e consolidação integram a missão dos Pólos. Ao focalizar as equipes de saúde da família, as diretrizes de organização dos Pólos-SF identificaram claramente o público-alvo, seja em termos quantitativos, seja em termos da formação profissional dos beneficiários¹⁷. Esta identificação facilitou, por sua vez, a definição dos conteúdos curriculares prioritários a serem desenvolvidos. O projeto institucional contempla projetos e conteúdos inteiramente afeitos à atenção básica. O desenho estrutural do sistema contemplou uma coordenação exercida por instituições líderes capazes de articular parcerias, tanto do serviço quanto do ensino, para uma atuação integrada e com níveis altos de capilaridade e sustentação.

O gráfico 11 resume a atuação dos onze Pólos-SF.

¹⁷ A Portaria 1886 MS/GM, de 18/12/1997, recomenda que uma ESF - responsável por uma área onde vivam 1000 famílias ou 4.500 pessoas - seja composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os agentes comunitários de saúde obedecem à proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. Posteriormente, a Portaria MS/GM 1444, de 28/12/00, publicada no DOU de 29 do mesmo mês, introduz e estabelece relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da

Gráfico 11 Posicionamento dos Pólos Segundo seu Desempenho por Dimensão

Fonte: NEPP/UNICAMP, 2002

A organização dos Pólos-EP é centrada nos Colegiados de Gestão e conta com a participação ampla de atores institucionais e pessoais do Estado e da sociedade civil. Entretanto, os entrevistados registram a ocorrência de grande rotatividade no comparecimento dos mesmos às reuniões do Colegiado, o que dificulta o estabelecimento de compromisso social com os projetos e com a sua efetiva implementação e continuidade.

A estrutura horizontal dificulta o cumprimento de agendas deliberativas e os projetos ora são aprovados por consenso, ora por votação, mas em qualquer dos casos sua operacionalização tem sido escassa. A falta de instalações

família: para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão ser implantadas duas equipes de saúde da família.

físicas próprias dificulta a identificação do Pólo como centro de referência.

A definição do âmbito de atuação como *locorregional* introduz um conceito que não coincide com as demarcações regionais clássicas – sócio-demográficas, econômicas, geográficas – , o que embaraça a atuação junto aos municípios e o reconhecimento de suas necessidades. Ficou patente, outrossim, que a participação dos gestores municipais e o mecanismo que viabiliza a capilaridade e a descentralização das ações são dimensões que requerem aprimoramento.

O público-alvo é amplo, incluindo todos os trabalhadores do SUS. Considerando-se o conjunto de atividades desenvolvidas, os Pólos-EP só tiveram melhor desempenho dos que os Pólos-SF na dimensão administrativa. Esta dimensão se refere, no caso, ao esforço para instalação dos Pólos, instalação dificultada pela inexistência de instalações físicas e recursos para custeio.

A natureza das atividades realizadas pelos dois sistemas de capacitação está resumida no gráfico 12, seguinte.

Gráfico 12 Atividades Realizadas pelos Pólos-SF e pelos Pólos-EP

9.2 Mudança ou Ruptura

Dos nove Pólos-EP visitados, oito declararam conhecer a experiência anterior dos Pólos-SF. Entretanto, apenas para quatro deles a experiência anterior foi considerada como referência para a atual. Assim, podemos considerar que, em mais da metade dos casos, houve ruptura com a experiência precedente.

Todos os nove Pólos-EP avaliados informaram que sua criação foi viabilizada mediante a apresentação de projetos de educação permanente ao Ministério da Saúde, com base nas diretrizes da Portaria 198/04. Apesar disso, sua constituição e a transição do modelo anterior para o modelo atual apresentam quatro padrões de procedimentos, assim descritos no relatório final da pesquisa (VIANA, 2008, p. 9):

Processo de participação beneficiado pela experiência do Pólo-PSF.

Traduz as condições para uma gênese elaborada e discutida em um processo que mobilizou as respectivas Secretarias Estaduais e os profissionais de saúde do estado ou localidade beneficiada. Este processo, em alguns casos, traduziu ações proativas, discussões e propostas de organização características de uma atuação participativa e parcerizada entre estados e governo central, com incorporação da experiência e da prática dos debatedores. [Apenas um Pólo-EP se enquadra nesta categoria]. Processo de transição com efeito antecipado e coexistência de modelos resultantes de articulação e negociação. Agrega os Pólos-EP que emergiram de um processo no qual a impossibilidade de consenso, beneficiada pelo efeito antecipado resultante de informações privilegiadas circulantes em um clima pré-Pólo, superou os esforços para estabelecimento de um processo de reflexão sobre a experiência acumulada e as necessidades locais. Nestes casos, a impossibilidade de consenso durante o processo de implementação, ocasionou um modelo de coabitação do novo com seu antecedente, resultante de negociação *a posteriori*. [Dois dos nove Pólos-EP avaliados se enquadram nesta categoria]. Interveniência das Estruturas Estaduais para a necessária descentralização. Este terceiro padrão agrega os Pólos-EP criados pelas estruturas das instâncias estaduais com base em diagnósticos indicativos da necessidade de uma descentralização responsável, entendida como a atribuição de um quantitativo realista de municípios à jurisdição de um determinado Pólo. [Um Pólo-EP enquadra-se nesta categoria]. Implantação descendente. Estão incluídos nesse quarto conjunto os Pólos-EP criados por decisão do MS e que, embora tenham cumprido etapas para constituição do Colegiado, Conselho e Secretaria Executiva, têm seu caráter participativo percebido de maneira divergente por diferentes entrevistados. As experiências contempladas têm em comum “a visão do novo rompendo com seus antecedentes”, tanto no sentido positivo, quanto no sentido negativo. [Cinco Pólos-EP se enquadram nesta categoria].

Tanto pelo conhecimento da experiência anterior quanto pela demonstrada adequação do seu desempenho, era de se esperar que o sistema de capacitação concretizado pelos Pólos-SF tivesse continuidade, com o

aprimoramento recomendado. Não seria o caso de encerrar, mas de acrescentar.

Entretanto, a experiência anterior foi descontinuada em todos os sentidos: as equipes foram substituídas, as sedes físicas dos Pólos-SF foram desativadas enquanto tal e, no plano das diretrizes, o projeto institucional dos Pólos – incluindo formato, conteúdos e processo decisório – foi totalmente remodelado.

A descontinuidade é mais surpreendente quando se constata (*Tabela 4 anterior*) que 60% das atividades efetivamente realizadas pelos Pólos-EP são relacionadas com a atenção básica e a saúde da família, conteúdos estes determinados pelos eixos de ação e atividades da Portaria 198/04.

As principais razões para a descontinuidade da experiência anterior e para a concepção da atual estão expressas no cerne das diretrizes oficiais (Portaria 198/04) e no contexto de vários artigos acadêmicos que ressaltam dois aspectos polêmicos: (i) uma concepção muito particular de educação permanente e (ii) a definição de formato organizacional e processo decisório inovadores, principalmente quanto ao aspecto metodológico.

Tanto o documento-base de formulação das diretrizes de capacitação (MS 2003 e 2004) quanto os artigos subseqüentes consideraram a educação permanente como uma iniciativa inédita e as experiências anteriores¹⁸ como

¹⁸ As iniciativas consideradas *fragmentadas e baseadas em orientações conceituais heterogêneas* incluem: os PÓLOS-SF; o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

portadoras de uma lógica de operação desarticulada e fragmentada, com orientações conceituais heterogêneas e limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras. Segundo as referidas diretrizes, a educação permanente, no contexto dos Pólos-EP, é um processo de *aprendizagem significativa ascendente*, entre outras razões, porque tal aprendizagem está baseada em conteúdos que emergem da análise coletiva dos processos de trabalho. Enquanto a educação transmitida pelos sistemas de capacitação anteriores é considerada como *continuada e descendente*, uma vez que seus conteúdos são definidos a partir de uma leitura geral dos problemas e dos conhecimentos acumulados e suas diretrizes emanam de instituições centrais, subnacionais, ou da própria coordenação local do sistema de capacitação.

Os conteúdos da capacitação oferecida pelos Pólos-SF caracterizam uma educação ***descendente***, uma vez que são definidos a partir de uma leitura geral dos problemas e dos conhecimentos acumulados na área. Em contrapartida, os conteúdos oferecidos pelos Pólos-EP caracterizam uma educação ***ascendente***, uma vez que são definidos a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificando-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas (MS: 2004. Anexo II. *Passim*). [Ademais] a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços [...]. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a

transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. (CECCIM & FEUERWERKER: 2004, p. 49)

Por outro lado, a definição da metodologia de trabalho voltada para a concepção das diretrizes e dos projetos que consubstanciam o plano de ação dos Pólos-EP – ou seja, a metodologia de organização e ação do sistema formador – revela o objetivo prioritário de conscientizar e aperfeiçoar pessoas e instituições nos seguintes termos:

a educação para a vida teria como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de co-gestão, que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua própria saúde. [Trata-se de uma] metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo. Não se trata de uma técnica neutra; o método sugerido [Paidéia] apóia-se em alguns valores e critérios para balizar a política e a gestão. Não exige espaços terapêuticos ou pedagógicos especiais, ainda que possa ser implementado também nesses lugares. [...] O método [...] depende da constituição de espaços de co-gestão, definida como compartilhamento de poder, e tem a pretensão de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais. (CAMPOS, 2006, p. 20)

Assim, emerge o elemento de altercação entre as duas experiências, que pode ser traduzido pela simbiose entre uma orientação essencialmente pedagógica e a definição de uma arena decisória e de um formato organizacional fundamentados na metodologia de análise que “*procura*

meios para integrar essas dimensões polares da realidade: o mundo da vida e os sujeitos que intervêm sobre ele, ao mesmo tempo em que sofrem suas conseqüências” (CAMPOS, 2006, p. 21).

A integração dessas dimensões polares sugere:

uma metodologia de análise com ênfase na interpretação da ação prática dos sujeitos no mundo [...] operando com alguns núcleos temáticos [...] [que são]: [i] a finalidade da ação humana, [ii] os meios utilizados pelos sujeitos para conhecer e intervir em um dado contexto, [iii] o objeto do qual os sujeitos se encarregam, [iv] a análise dos resultados da intervenção humana. (CAMPOS, 2006, p.21)

O conceito de educação permanente no contexto dos Pólos-SF, cuja arquitetura foi forjada durante a última década do século passado, sob inspiração da administração gerencial e com predomínio de valores da modernidade, traduz uma opção pedagógica que pode ser exercitada segundo a competência de quem ensina e do clima de ensino crítico e reflexivo estabelecido com o grupo de aprendizagem.

Predomina o entendimento de que se trata de um ambiente de ensino-aprendizagem, de um ambiente onde alguém tem precedência para ensinar a alguém que deseja aprender. Esta interação, é desnecessário dizer, tem um papel retroalimentador, uma vez que o aprendiz também ensina ao mestre. Entretanto, no contexto da organização do sistema Pólos-SF, o ambiente é entendido como educacional, por excelência, com todos os recursos necessários para o bom desempenho dos processos instrucionais,

sejam eles desenvolvidos na escola, em casa, na UBS, no campo ou em qualquer ambiente de trabalho.

Assim, a educação permanente, segundo as diretrizes que fundamentaram o sistema Pólos-SF, é compreendida como um processo ininterrupto de atualização dos conhecimentos e práticas dos responsáveis pela oferta do serviço. Neste sentido, podemos assumir que o projeto institucional de ensino precisa contemplar conteúdos específicos da área de saúde, conteúdos gerais voltados para o trabalho em equipe, conteúdos destinados a formar os membros das instâncias de representação e conteúdos de organização e articulação voltados para as próprias organizações formadoras ou gestoras.

O conceito de organização, também neste contexto, exige a disponibilidade de recursos materiais, financeiros, humanos, além de conteúdos substantivos e metodológicos de atuação relacionados com os objetivos da política pública que está sendo implementada.

Não há qualquer oposição ao uso de metodologias ativo-reflexivas, enquanto recursos educacionais. Destaca-se apenas que os princípios que norteiam a organização deste sistema formador enfatizam a competência específica como um aspecto importante para um desempenho eficaz e operam com mecanismos subordinados aos valores da impessoalidade, competência e controles liderados por ações de monitoramento e avaliação. Neste contexto, as diretrizes fazem parte da agenda governamental e a arena decisória articula interesses legítimos em diferentes esferas de poder. A necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional pode ser facilitada

pela existência de carreiras com cargos e salários adequados a uma boa qualidade de vida daqueles que cuidam. Esta concepção do sistema formador, já foi dito se ancora em correntes político-administrativas de inspiração moderna contextualizadas em processos de dinâmica transição. Reconhece a necessidade de exercitar mecanismos de articulação e coordenação para a formulação das políticas públicas, em geral, e da política social, em particular. Tais mecanismos de articulação e coordenação, em substituição a rupturas abruptas, se justificam pela complexidade do aparelho institucional, que envolve: (i) diferentes setores (econômico, social, infra-estrutura, administrativo); (ii) diferentes instâncias de poder (executivo, legislativo, judiciário, controle social); (iii) diferentes esferas federativas (União, Estados, Municípios); (iv) considerável volume de recursos financeiros; e, finalmente, (v) perfil diversificado da oferta (estatal centralizada e/ou descentralizada, societal ONGs, OSCIPs e/ou empresas).

A concepção de educação permanente supõe uma integração entre os conhecimentos adquiridos durante a formação profissional e os conhecimentos adquiridos durante sua prática. ROSCHKE (1997: p. 1), que participou das concepções originais da educação permanente em saúde, esclarece:

A análise da prática de trabalho nas instituições de saúde [...] envolve principalmente dois tipos de conhecimento: conhecimento especializado adquirido ao longo dos estudos acadêmicos, que é aplicado no planejamento e na resolução de diferentes problemas de saúde, e conhecimento dos procedimentos, ou conhecimento operacional, desenvolvido a partir da experiência no trabalho [...], que permite a

reflexão sobre várias alternativas para decidir sobre um curso de ação. Estas duas modalidades de conhecimento estão verdadeiramente integradas, só podem ser separadas para fins de análise [...].

Finalmente, a dicotomia educação permanente x educação continuada inexistia a juízo dos entrevistados na avaliação dos Pólos-EP. Para verificar a eventual tensão existente entre os conceitos de educação permanente e educação continuada, assim como a adequada compreensão dos conceitos por parte dos entrevistados, organizamos uma série de questões contrapondo a noção de *continuada* à noção de *permanente*, segundo a acepção que lhes foi dada pelas diretrizes dos Pólos-EP.

Grade Submetida aos Entrevistados

Gostaríamos de verificar sua opinião sobre a definição de algumas dimensões referentes a duas abordagens pedagógico-educacionais. As definições constam de documento oficial do MS e nosso objetivo é identificar sua aplicabilidade exclusiva ou inclusiva (excludente ou convergente) nas atividades educacionais dos Pólos.

Item	Abordagem 1	Abordagem 2	Sua Opinião
Pressuposto pedagógico	O “conhecimento” preside e define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Público	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Lógica de Operação	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável

Fonte: Relatório final da pesquisa **Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde – VIANA, A.L. D’Ávila.** (Coord). Relatório de Pesquisa. Módulo III. São Paulo, 2008, 58 pp.

O propósito desta questão, insistimos, foi averiguar (a) a compreensão que os entrevistados tinham dos conceitos; (b) a percepção da aplicabilidade de uma ou outra estratégia (EP x EC) em seu trabalho.

A opinião dos entrevistados se divide entre duas assertivas:

alguns entendem que a educação permanente é dinâmica, sistemática e relacionada com o exercício profissional, propondo conteúdos a partir da realidade; outros entendem que a educação permanente não difere da educação continuada, na medida em que ambas são ininterruptas e ocorrem em processos duradouros. Poucos entrevistados introduziram a questão metodológica como um dos importantes diferenciais da estratégia ativa e reflexiva. Um terceiro conjunto de entrevistados considera que a proposta da Educação Permanente é bastante avançada, embora haja grande dificuldade de entendimento em relação ao conceito, principalmente pela forma como foi introduzido. (VIANA, 2008)

Com respeito à tensão entre permanente e continuada, as respostas traduzem:

- Visão excludente: quando, a juízo do/a entrevistado/a, apenas uma das estratégias é aplicável.
- Visão convergente: quando, a juízo do/a entrevistado/a, ambas as estratégias são aplicáveis.

Em 10 entrevistas com atores sociais qualificados – coordenadores ou articuladores dos Pólos-EP –, prevaleceu a visão convergente, como pode ser observado no Quadro 10.

Quadro 10: Diferenciação dos conceitos de educação permanente e educação continuada

DIMENSÃO FOCALIZADA	ABORDAGEM 1 – EC	ABORDAGEM 2 – EP	TOTAL DE RESPOSTAS (10 ENTREVISTAS)	
			VISÃO CONVERGENTE	VISÃO EXCLUDENTE
PRESSUPOSTO PEDAGÓGICO	O “conhecimento” preside /define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)	05	05
OBJETIVO PRINCIPAL	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas	06	04
PÚBLICO-ALVO	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar.	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema	06	04
LÓGICA DE OPERAÇÃO	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.	06	04
ATIVIDADES EDUCATIVAS	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente.	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.	07	03

Fonte: Relatório final da pesquisa Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde VIANA, A.L. D'Ávila. (Coord). Relatório de Pesquisa. Módulo III. São Paulo, 2008, 58 pp.

A crítica à experiência anterior – que considera inadequada sua maneira de educar e improcedente sua lógica de operação – pode ter estabelecido fronteiras rígidas onde talvezoubessem, apenas, “*cercas vivas*” demarcadoras dos elementos de um processo que, sendo processo, é dinâmico e em mudança permanente. O modelo de organização inspirado em valores da modernidade, como ficou demonstrado, tem um impacto positivo nos processos de articulação que permitem descentralizar as ações até os níveis regionais e locais, implementando projetos de ensino que aliam seus conteúdos aos objetivos do SUS. A focalização do público-alvo facilita a estruturação de projetos instrucionais pluralistas implementados com metodologias de ensino diversificadas: desde exposições em salas de aula até vivência em estágios e residências característicos do ensino de aplicação e da educação no trabalho. Os custos emocionais, técnicos, materiais e financeiros da instalação de sistemas capacitadores – estruturados segundo padrões clássicos de gestão e sediados em instituições consolidadas – são menores do que os custos acarretados pela instalação de sistemas difusos e virtuais.

As dificuldades conjunturais que o sistema Pólos-EP está enfrentando, incluindo atividades planejadas e não implementadas, baixa participação dos atores sociais focalizados, principalmente dos gestores municipais, e desarticulação de equipes de trabalho experientes estão sendo corrigidas, como exemplifica a Portaria 1996/07, cujas principais modificações estão mostradas na Quadro 11, seguinte.

Quadro 11: Comparativo da Portaria MS-GM 198/04 e Portaria MS-GM 1996/07. Aspectos Selecionados

ITEM	PORTARIA 198/FEV. 2004	PORTARIA 1996/AGOSTO 2007
OBJETIVO	– Instituir a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor	– Novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Vida.
INSTITUIÇÃO CONDUTORA	– Pólo de Educação Permanente	– Colegiados de Gestão Regional – Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES)
COMPOSIÇÃO DO PÓLO E CIES	– “Poderão compor os Pólos gestores estaduais e municipais de saúde e educação.”	– “As CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal”
INSTRUMENTO DE GESTÃO	– Instrumento não especificado	– Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAPEL DAS SES	– “Nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à SES a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços” (secundário)	– “Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço” (principal)
PAPEL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	– Acreditação dos Projetos e Assessoramento – Previsão: criar Comissão Nacional de acompanhamento da política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da SGTES, com participação do MS, Conass, Conasems, MEC, estudantes universitários e associações de ensino das profissões da saúde.	– Assessoramento e Controle – Previsão: reativar a Comissão Nacional de acompanhamento da política de Educação Permanente do SUS, com gestores das três esferas de governo, controle social, instituições de ensino e trabalhadores da saúde.
FINANCIAMENTO	– Recursos do Orçamento do Ministério da Saúde	– Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde.
CRITÉRIOS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS	– População dos Municípios em gestão plena por estado – Número de conselheiros de saúde – Inverso da capacidade docente universitária e técnica instalada – Número de UBS, postos e centros de saúde. – População total do estado – Número de cursos universitários da área de saúde	– Cobertura das equipes da saúde da família – Cobertura das equipes de Saúde Bucal – Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – Número de profissionais de saúde que prestam serviço para o SUS – População do Estado – IDH-M 2000 – Inverso da concentração de instituições de ensino e escolas técnicas.
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS	– Para as entidades responsáveis pela execução das ações	– Fundo a Fundo (municipal ou estadual)

9.3. Alcance e Limites dos Resultados das Avaliações

Pesquisas acadêmicas e pesquisas avaliativas são atividades que integram o quadro de vocação dos cientistas. Entretanto, o debate conduzido por educadores e avaliadores no final dos anos sessenta do século XX assinalou uma diferenciação funcional entre elas. Os estudos acadêmicos produzem resultados voltados para conclusão, testam hipóteses e se ocupam, principalmente, de produzir evidências capazes de confirmar ou invalidar teorias e paradigmas. As pesquisas avaliativas ou estudos de avaliação produzem resultados voltados para a decisão: examinam, descrevem, comparam e oferecem elementos capazes de subsidiar o processo decisório destinado a formular as políticas públicas e oferecer diretrizes para sua implementação.

Os resultados das pesquisas avaliativas não são prescritivos, mas informativos. Não determinam, mas apóiam. A produção destes resultados é atividade da competência do cientista, do estudioso, do avaliador, do pesquisador. E sua efetividade repousa na força racional do argumento construído a partir da convicção do avaliador sobre o que parece possível e desejável à luz dos conhecimentos existentes no campo da política avaliada. A utilização destes resultados é da competência dos responsáveis pela tomada de decisão e está condicionada por um jogo complexo de interesses e aspirações, num campo concreto de forças, capazes de facilitar ou de impedir a definição e a realização de objetivos. Mesmo quando ousa e quando é capaz de divisar horizontes e possibilidades que ultrapassam os

limites estreitos do que é imediatamente dado – características do político responsável e realizador –, suas recomendações e escolhas são limitadas pela sua capacidade de articular recursos de várias ordens e de mobilizar apoios capazes de torná-las viáveis. Por tudo isto, a decisão racional de utilizar os resultados e evidências de uma avaliação implica (i) a aceitação do argumento, (ii) o atendimento da multiplicidade de interesses envolvidos: políticos, econômicos, culturais, partidários, financeiros, entre muitos outros, (iii) ambos, quando coincidentes. Em contrapartida, a recusa do *melhor argumento* – aqui compreendida como a rejeição de resultados e evidências ou a desconsideração dos interesses legítimos e obstáculos de toda ordem – impõe ao responsável pela tomada de decisão o dever de justificar a recusa com transparência e responsabilidade, exigindo a procura de novas alternativas para solucionar os problemas detectados.

É evidente que o conhecimento gerado em uma das práticas constitui insumo poderoso para a outra e nisto reside o potencial de fecundação recíproca. Mas também são evidentes os conflitos potenciais entre ambas. Por isto, somente a compreensão recíproca dessas convergências e diferenças permite uma colaboração criativa – e necessária – entre formulação e avaliação de políticas públicas.

10. ANEXOS

Anexo A: Lista de Siglas

ACD:	Atendente de Consultório Dentário
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI:	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AMB:	Associação Médica Brasileira
ANVISA:	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CBO:	Classificação Brasileira de Ocupações
CEDRHUS:	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS
CES:	Conselho Estadual de Saúde
CFRH/SMS:	Centro Formador de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
CIB:	Comissão Intergestores Bipartite
CIESF:	Comissão Interinstitucional de Estudos de Saúde da Família
CONASEMS:	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS:	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAC/SESAU:	Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
COSEMS:	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CSAU/UFAL:	Centro de Saúde da Universidade Federal de Alagoas
CSE:	Controle Social Específico
DA:	Diretório Acadêmico
DAB/MS:	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DAIC:	Departamento de Articulação Interinstitucional e Comunitária
DCE:	Diretório Central de Estudantes
DIR:	Direção Regional de Saúde

DRS:	Departamento Regional de Saúde
EC:	Emenda Constitucional
ECMAL:	Escola de Ciências Médicas de Alagoas
EFTS:	Escola de Formação Técnica de Saúde
ENSP:	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF:	Equipe de Saúde da Família
ESMIG:	Escola de Saúde de Minas Gerais
ESPP:	Escola de Saúde Pública do Paraná
ET-SUS:	Escolas Técnicas do SUS
FAPEL:	Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas
FHDF:	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FIOCRUZ:	Fundação Oswaldo Cruz
FMS:	Fundação Municipal de Saúde
FM-USP:	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNDEP:	Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa de Minas Gerais
FUNED:	Fundação Ezequiel Dias
FURB:	Fundação Universidade Regional de Blumenau
GERUS:	Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
IADP:	Instituições de Administração Pública Descentralizada
IAMSPE:	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
ICB/UFJF:	Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Juiz Fora
IES:	Instituição de Ensino Superior
IFCH/UNICAMP:	Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas
IMIP:	Instituto Materno Infantil

ISC:	Instituto de Saúde Coletiva
MEC:	Ministério da Educação
MS:	Ministério da Saúde
NATES:	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
NEPOL:	Núcleo de Estudos sobre o Poder e Organizações Locais
NEPP/UNICAMP:	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas
NESCON/UFMG:	Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais
NuTEd:	Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde
OE:	Operacional Específico
ONG:	Organização Não Governamental
PACS/PSF:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família
PIES/UFJF:	Plano Integrado de Educação e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora
PISC:	Projeto Interdisciplinar de Saúde Coletiva
PITS:	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PÓLOS-EP:	Pólos de Educação Permanente para o SUS
PÓLOS-SF:	Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família
PROESF:	Projeto de Expansão e Consolidação do [Programa] Saúde da Família
PROFAE:	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED:	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PSF: Programa Saúde da Família
REFORSUS: Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RH: Recursos Humanos

Anexo I: Roteiro de Entrevistas – Pesquisa Pólos-SF

BLOCO I - PERFIL DO COORDENADOR DO PÓLO E EXERCÍCIO DA FUNÇÃO

1. Nome do entrevistado.

2. Assinale se o respondente é Coordenador do Pólo.

Assinale apenas uma das caixas. Caso o respondente não seja o Coordenador do Pólo, indique a função/cargo que ocupa, verifique, também, porque ele está respondendo pelo Coordenador e qual o seu papel dentro do Pólo de Capacitação.

☐ 1- É Coordenador do Pólo

☐ 2- Não é Coordenador do Pólo. Especifique a função/cargo: _____

3. Telefone.

() _____

4. E-mail.

_____@_____

5. Profissão.

6. Formação.

7. Tempo no exercício desta função (Coordenador do Pólo).

Especifique em anos e meses completos.

8. Cargo e local de trabalho anterior.

Especifique o que o respondente fazia e o local de trabalho antes de ser o Coordenador do Pólo.

BLOCO II - ATITUDE FRENTE AO PROGRAMA E AO PÓLO

13. Opinião do Coordenador sobre o PSF como estratégia de política pública.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard sheet of stationery.

14. Significado do Programa de Saúde da Família para o seu Estado.

Averigüe a opinião do respondente. O entendimento que ele tem da importância do Programa para o Estado.

BLOCO III - ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO PÓLO

As questões que seguem se propõem a delinear um breve histórico da concepção do Projeto do Pólo. Investigue verbalmente e, quando possível, colete documentos que possam agregar mais informações. Verifique os parceiros, papéis e relações inter-institucionais. Privilegie instituições envolvidas, ao invés de nomes específicos de pessoas, como poderá ocorrer durante os relatos.

16. Relate como se deu a constituição da proposta de formação do Pólo. Identifique o fato gerador.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. The top edge of the paper has a dark binding strip. The bottom-left corner of the paper is rounded. There is no handwriting or other markings on the page.

17. Descreva como se deu o processo de negociação e articulação da proposta - discussão das idéias e diretrizes.

Verifique o papel do Governo Federal (Ministério da Saúde), do Estadual (Secretaria de Saúde) e de outras instâncias na concepção e criação do Polo.

20. Instituições componentes do Pólo e funções desempenhadas.

Tipo de Instituição	Nome da Faculdade e do Departamento	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação Geral	Coordenação de Programas	Consultoria aos Municípios	Formação de Supervisores	Oferta de Atividades	Planejamento	Avaliação de Resultados	Outras
Ensino Superior (inclui públicas, autarquias e privadas)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	7. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	8. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	9. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	10. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Administração Pública Centralizada (Secretarias Estaduais e Municipais)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	7. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	8. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	9. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	10. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								

continua...

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR - CAPACITAÇÃO

21. Papel das IES (inclui públicas, autarquias e privadas) na oferta de atividades.

Tipo de Atividade	Nome da Instituição e Curso ^(*)	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação	Articulação	Aulas/ Atendimento	Infraestrutura	Oferta de Docentes	Avaliação de Resultados	Acompanhamento/ orientação das equipes	Outras
Capacitação: Módulo Introdutório	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Capacitação: Ciclo de Vida ^(*)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Capacitação: Áreas Temáticas ^(*)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								

(*) Além do nome da IES, identifique o nome e do curso oferecido.

10 de 10...

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR - CONSULTORIA, PESQUISAS E OUTROS
21. (continuação)

Tipo de Atividade	Nome da Instituição	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação	Articulação	Aulas/ Atendimento	Infraestrutura	Oferta de Docentes	Avaliação de Resultados	Acompanhamento/ orientação das equipes	Outras
Consultorias e Assessorias	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Pesquisas	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Apoio Logístico (Infra-estrutura)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Acompanhamento e Orientação de Equipes	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____

INSTITUIÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA CENTRALIZADA - EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO
22. (continuação)

Tipo de Atividade	Nome da Instituição	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação	Articulação	Aulas/ Atendimento	Infraestrutura	Oferta de Docentes	Avaliação de Resultados	Acompanhamento/ orientação das equipes	Outras
Educação Permanente: Especialização	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Educação Permanente: Atualização	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Formação: Graduação	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Formação: Pós-Graduação	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								

CD 16.11.04...

INSTITUIÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DESCENTRALIZADA - CAPACITAÇÃO
23. Papel das IAPD (Empresas e Fundações) na oferta de atividades.

Tipo de Atividade	Nome da Instituição e Curso ^(*)	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação	Articulação	Aulas/ Atendimento	Infraestrutura	Oferta de Docentes	Avaliação de Resultados	Acompanhamento/ orientação das equipes	Outras
Capacitação: Módulo Introdutório	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Capacitação: Ciclo de Vida ^(*)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Capacitação: Áreas Temáticas ^(*)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								

(*) Além do nome da IAPD, identifique o nome e do curso oferecido.

GO 06/2010...

INSTITUIÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DESCENTRALIZADA – CONSULTORIA, PESQUISAS E OUTROS
23. (continuação)

Tipo de Atividade	Nome da Instituição	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação	Articulação	Aulas/ Atendimento	Infraestrutura	Oferta de Docentes	Avaliação de Resultados	Acompanhamento/ orientação das equipes	Outras
Consultorias e Assessorias	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Pesquisas	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Apoio Logístico (Infra-estrutura)	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Acompanhamento e Orientação de Equipes	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____

INSTITUIÇÕES PRIVADAS E/OU NÃO-GOVERNAMENTAIS - EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO
24. (continuação)

Tipo de Atividade	Nome da Instituição	Funções assumidas no Pólo							
		Coordenação	Articulação	Aulas/ Atendimento	Infraestrutura	Oferta de Docentes	Avaliação de Resultados	Acompanhamento/ orientação das equipes	Outras
Educação Permanente: Especialização	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Educação Permanente: Atualização	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Formação: Graduação	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								
Formação: Pós-Graduação	1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificação de Outras: _____								

CD 16.114...

BLOCO IV - ESTRUTURA GERENCIAL E OPERAÇÃO DO PÓLO**25. Organograma.**

Verificar se há um organograma disponível, caso contrário, esboçar o organograma a partir das indicações do entrevistado no diagrama abaixo. Verificar o **regimento** e solicitar cópia.

30. Descreva o Processo Decisório, ou seja, como são tomadas as decisões nesta instância.

31. Enumere as questões e temas mais frequentes na pauta das reuniões.

Identifique fatores positivos e carências (questões financeiras, falta de recursos humanos, infra-estrutura, políticos, dificuldades com outras instâncias etc.).

32. Identifique de que forma se dá o encaminhamento dos problemas discutidos.

Encaminhamentos possíveis: ao Ministério da Saúde, ao CES/CIB, à própria Coordenação do Pólo, à Coordenação do PSF, Outras instâncias etc.

37. Enumere as questões e tem as mais frequentes colocados na pauta de discussões.

Identifique fatores positivos e carências (por exemplo: dificuldades inter-institucionais, dificuldades interpessoais, dificuldades com outras instâncias, dificuldades de gerenciamento (finanças, pessoal, material), dificuldades políticas, dificuldades específicas de coordenação etc.)

38. Identifique de que forma se dá o encaminhamento dos problemas discutidos.

Encaminhamentos possíveis: ao Ministério da Saúde, ao CES/CIB, à própria Coordenação do Pólo, à Coordenação do PSF, Outras instâncias etc.

39. Identifique os atores institucionais nos conflitos (inter e intra) mais frequentes.

Permitir que o entrevistado se manifeste e anotar o relato.

43. Indique as principais atividades desenvolvidas nesta instância.

Principais atividades: Planejamento Técnico (exclui financeiro), Documentos Técnicos (Protocolos, Relatórios, Diretrizes), Encaminhamento de Problemas, Outros etc.)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

44. Indique as principais dificuldades para o desempenho da função.

Principais dificuldades: Recursos Humanos (especifique carência, incompetência, indisponibilidade), Capacitação e conhecimentos, Relacionamento com outras instâncias, Outras etc.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

BLOCO V - ARTICULAÇÃO, INTERAÇÃO E REDE

49. Verificar se o Pólo se articula, no próprio estado, com outro(s) Pólo(s). Em caso positivo, descrever com qual(is), para que propósito e quais resultados.

Por resultado, entende-se, p.e.: reuniões para tratar de interesses com uns; programas de cooperação; parcerias; circulação de docentes etc.

50. Verificar se o Pólo se articula, na sua região (N, NE, CO, SE ou S), com outro(s) Pólo(s). Em caso positivo, descrever com qual(is), para que propósito e os resultados.

Por resultado, entende-se, p.e.: reuniões para tratar de interesses comuns; programas de cooperação; parcerias; circulação de docentes etc.

53. Explore esta hipótese: “No caso do Pólo vir a fazer parte de alguma micro-região de saúde, quais municípios comporiam esta micro-região”.

54. Identifique que outras micro-regiões de saúde o entrevistado concebe para o estado ou, mesmo, para estados vizinhos.

Solicite a lista dos municípios que fariam parte deste grupo.

57. Indique quem faz e como é realizado o monitoramento (acompanhamento sistemático).

Atividades	Quem Faz	Como é feito	Aspectos da atividade modificados em função dos resultados
Capacitação: Módulo Introdutório			
Capacitação: Ciclo de Vida			
Capacitação: Áreas Temáticas			
Educação Permanente: Especialização			
Educação Permanente: Atualização			
			continua...

58. Verifique se há o acompanhamento dos egressos e como é feito.

Em caso afirmativo, verifique se ocorrem mudanças na relação dos egressos com a população detectadas pelo processo de monitoramento. Finalmente, verifique a que causas são atribuídas as mudanças.

61. Identifique os elementos facilitadores e dificultadores da atuação do Pólo na sua área de abrangência, bem como as possíveis estratégias para solucionar as dificuldades, em relação aos seguintes aspectos:

	Elementos Facilitadores	Elementos Dificultadores	Estratégias para Solução
Modelo de Gestão Adotado			
Instituições Participantes			
Instâncias de Governo (federal, estadual e municipal)			
Coordenação do PSF

66. Verifique, na opinião do Coordenador, que mudanças e impactos o PSF trouxe para as instituições de ensino envolvidas no Pólo no que diz respeito à programação de ensino.

67. Verifique, na opinião do Coordenador, que mudanças e impactos o PSF trouxe para as instituições de ensino envolvidas no Pólo no que diz respeito à metodologia.

68. Verifique, na opinião do Coordenador, que mudanças e impactos o PSF trouxe para as instituições de ensino envolvidas no Pólo no que diz respeito aos materiais(produção e adoção).

Capacitação - Módulo Introdutório

72. Elencar os cursos do Módulo Introdutório oferecidos.

Solicite um ou mais planos de capacitação (um mais antigo e outro mais recente).

Unidade Executora	Mês/Ano	Carga horária	Municípios (origem dos alunos)	Público-alvo (segmento profissional)
1. _____	/	_____	_____	_____
2. _____	/	_____	_____	_____
3. _____	/	_____	_____	_____
4. _____	/	_____	_____	_____
5. _____	/	_____	_____	_____
6. _____	/	_____	_____	_____
7. _____	/	_____	_____	_____
8. _____	/	_____	_____	_____
9. _____	/	_____	_____	_____

73. Identifique quem seleciona as equipes.

74. Verifique quantas equipes participaram do Módulo Introdutório desde a criação do Pólo (ano a ano).

Caso o entrevistado desconheça o número de equipes, tente levantar o número de alunos.

78. Identifique quais são os critérios de seleção das equipes.

[illegible]

79. A implementação do Módulo Introdutório compreende:

- ☐ 1- Somente ensino presencial
- ☐ 2- Só ensino à distância
- ☐ 3- Ensino presencial e à distância
- ☐ 4- Outros. Especifique: _____

BLOCO VIII - DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO
Formação - Cursos de Graduação
80. Conteúdos de Saúde da Família nos Cursos de Graduação:

Instituição/Departamento	Nome do Curso	Nome da Disciplina do Curso de Saúde da Família	Disciplina Obrigatória (O) ou Eletiva (E)	Curso de Formação (F) ou Complementar (C)
1.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
2.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
3.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
4.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
5.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
6.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
7.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
8.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
9.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
10.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
11.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
12.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C
13.			☐ O ☐ E	☐ F ☐ C

Formação - Cursos de Pós-Graduação

82. Cursos de Pós-Graduação em Saúde da Família oferecidos.

Instituição	Nome do Curso	Nível (Doutorado, Mestrado, Mestrado Profissional, Especialização, Residência)	Forma/Critério de Seleção	Apenas para profissionais do PSF (P) ou para todos profissionais (T)
1.				☐ P ☐ T
2.				☐ P ☐ T
3.				☐ P ☐ T
4.				☐ P ☐ T
5.				☐ P ☐ T
6.				☐ P ☐ T
7.				☐ P ☐ T
8.				☐ P ☐ T
9.				☐ P ☐ T
10.				☐ P ☐ T
11.				☐ P ☐ T
12.				☐ P ☐ T
13.				☐ P ☐ T

Educação Continuada

85. Nesta atividade, o que o Pólo realizou com conteúdo de Saúde da Família.

Atividade	Público-Alvo

Estágios

86. Nesta atividade, o que o Pólo realizou com conteúdo de Saúde da Família.

Atividade	Público-Alvo

Congressos, Seminários e Oficinas

89. Nesta atividade, o que o Pólo realizou com conteúdo de Saúde da Família.

Atividade	Público-Alvo

Incentivos

90. Nesta atividade, o que o Pólo realizou com conteúdo de Saúde da Família.

Atividade	Objetivo/Resultado

93. Solicite que o coordenador discursse sobre as potencialidades e vocação do Pólo. Com o vê esta questão e o que deveria fazer.

94. Solicite ao coordenador que relacione os municípios que o Pólo abrange.

97. Espaço reservado para comentários adicionais que o entrevistado possa vir a querer fazer.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA: PESQUISA PÓLOS-EP

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Entrevistado

2. Assinale se o respondente é Coordenador do Pólo

☐ 1. É Coordenador do Pólo

☐ 2. Não é Coordenador do Pólo. Especifique a função/cargo

3. Telefones

4. E-mail

5. Profissão

6. Formação

7. Tempo de exercício nesta função (no Pólo)

8. Instituição com a qual mantém vínculo permanente de trabalho

BLOCO 2 – GÊNESE E ORGANIZAÇÃO DO PÓLO

9. Relate como se deu a proposta de formação/constituição do Pólo. Identifique o fato gerador
10. Descreva como se deu o processo de negociação e articulação da proposta: discussão das idéias e diretrizes
11. Ano de efetiva criação do Pólo:
- ☐ 1 Antes de 2003
- ☐ 2 Após 2003
- ☐ 3 Não sabe
12. Você está no Pólo desde a data da criação?
- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não → Passe para a questão 14
13. Que diferenças você nota entre o Pólo de antes e o de depois de 2003.
- 13.1. Em geral
- 13.2. Do ponto de vista dos participantes
- ☐ Instituições (pessoas jurídicas)
- ☐ Indivíduos (pessoas físicas)
- 13.3. Do ponto de vista das atividades educacionais implementadas
- 13.4. Do ponto de vista do modus operandi (lógica de operação):
14. Quais são os segmentos representados no Colegiado de Gestão do Pólo ?

☐ 1. Secretaria Estadual de Saúde

☐ 2. Secretarias Municipais de Saúde

- Quantas? ____ Porporção que representam do total de municípios do Pólo: ____

☐ 3. Secretaria Esdual de Educação

☐ 4. Secretarias Municipais de Educação?

- Quantas? ____ Proporção que representam do total de municípios do Pólo: ____

☐ 5. Instituições de Ensino (Faculdades, Escolas de Saúde Pública).

Especifique quais:

☐ 6. Escolas Técnicas do SUS

☐ 7. Outros centros formadores de RH em saúde

Especifique quais

☐ 8. Hospitais Universitários e de Ensino

☐ 9. Conselho Estadual de Saúde

☐ 10. Conselhos Municipais de Saúde

- Quantos municípios representados? ____

☐ 11. Associações Profissionais e Sindicatos.

Especifique quais

☐ 12. Estudantes

- Quais as representações (DAs, DCEs, UNE)

15. O Pólo possui um Conselho Gestor?

☐ 1. Sim

☐ 2. Não → Passe para a questão 17

Informe a composição do Conselho Gestor. Que segmentos fazem parte?

16. O Pólo possui uma Secretaria Executiva?

☐ 1. Sim

☐ 2. Não → Passe para a questão 20

17. Quem são os integrantes da Secretaria Executiva (docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde)

18. Com que frequência se reúnem?

19. Este Pólo possui Comitês Temáticos?

☐ 1. Sim

☐ 2. Não → Passe para a questão 22

20. Se a resposta foi afirmativa, comente o caráter interinstitucional dos Comitês Temáticos e informe as instituições que estão representadas.

BLOCO 3 - LÓGICA DE OPERAÇÃO E PROCESSO DECISÓRIO

21. Descreva o processo de interação (a dinâmica das reuniões ou consultas) entre os diferentes segmentos representados no Pólo (tanto no Colegiado de Gestão quanto no Conselho Gestor) para realizar o trabalho de planejamento e aprovação das atividades que constituem seu projeto de atuação.

21.1. No Colegiado de Gestão

21.2. No Conselho Gestor

22. Identifique a fonte de eventuais conflitos neste processo. Em outras palavras, se há conflitos, qual é a causa principal ou quais são as causas principais de sua existência?

23. Como são resolvidos os conflitos?

☐ Não se aplica. Não há conflitos.

24. Descreva o funcionamento do Colegiado de Gestão em termos dos seguintes aspectos:

☐ 1. Frequência das reuniões (semanal, quinzenal, mensal, semestral, anual)

☐ 2. Representantes que participam das reuniões

☐ 3. Quem organiza a pauta e convoca as reuniões

☐ 4. Enumere as questões e temas mais freqüentes na pauta destas reuniões do Colegiado de Gestão

☐ 5. Quem coordena as reuniões

☐ 6. Em caso de impasse ou dificuldade para aprovar as principais decisões, quem são as pessoas que têm o voto de minerva? Em outras palavras, quem tem a palavra final?

25. Como se dá o encaminhamento das questões aprovadas nas reuniões do Conselho de Gestão, objetivando sua implementação/operacionalização?

26. Como se originam as atividades que concretizam o Projeto/Plano de Ação do Pólo?

Apoio ao entrevistador: as atividades podem se originar, entre outras, das seguintes fontes:

☐ 1. Demanda dos serviços de saúde

☐ 2. Demanda das instituições de ensino

☐ 3. Levantamento (diagnóstico) de necessidades junto ao público-alvo

☐ 4. Diretrizes do gestor federal (MS)

☐ 5. Demanda do Conselho Estadual de Saúde

☐ 6. Demanda dos Conselhos Municipais de Saúde

☐ 7. Demanda das Associações profissionais

☐ 8. Demanda dos Sindicatos de trabalhadores

☐ 9. Demanda dos Estudantes da área de saúde

☐ 10. Demanda dos Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de saúde

☐ 11. Outra forma. Especificar.

27. O papel do Colegiado de Gestão definido pela [Portaria 198/GM/MS] contempla duas dimensões:

a) Por um lado o CG é um “*espaço ou instância de gestão responsável pela elaboração de propostas sobre escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e problematização de seus operadores conceituais*” e,

b) Por outro, é o “*responsável pelo enfrentamento de questões centrais que são metodologia pedagógica, definição de processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial, debate sobre educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde*”.

☐ No funcionamento cotidiano do Pólo quais dessas atividades (ou missão) ocupam preponderantemente a agenda do Colegiado de Gestão? Fale sobre este tema, as dificuldades encontradas e as soluções propostas.

28. A gestão colegiada do Pólo, nos termos da mesma [Portaria 198/GM/MS], poderá contar com um Conselho Gestor responsável por “*promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e de produção de conhecimento, e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira*”.

☐ Como se dá, no funcionamento cotidiano do Pólo a interação entre estas duas instâncias decisórias e executivas? Descreva.

29. Informe quem é o principal responsável funcional (cargo no Pólo) ou institucional (segmento representado) pelas seguintes atividades:

☐ 1. Coordenação geral do Pólo

☐ 2. Articulação junto a outras instituições para realizar atividades conjuntas

☐ 3. Articulação dos interesses do Pólo junto à SES e ao MS

BLOCO 4 – RELACIONAMENTO ENSINO X SERVIÇO

30. Assinale quem deve ser, a seu juízo, o responsável pelas atividades educacionais detalhadas abaixo. “Principal responsável” é a instituição que tem maior competência funcional e profissional para o desempenho da atividade descrita. Pode assinalar mais

de uma célula quando você considerar que a responsabilidade e a competência devem/podem ser compartilhadas por diferentes tipos de instituições.

ATIVIDADES EDUCACIONAIS	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL			
	SERVIÇO ET-SUS, RH, OUTROS	IES UNIVERSIDADES	HOSPITAIS DE ENSINO	SINDICATOS, ONGS E AFINS
Educação técnica específica para área administrativa (informática, finanças, etc)	☐	☐	☐	☐
Educação técnica específica para área fim (auxiliar de enfermagem, ACS, equipes específicas/PSF etc)	☐	☐	☐	☐
Graduação em áreas de saúde (T.O., Fono, Fisio, Nutrição, etc)	☐	☐	☐	☐
Graduação em Medicina e Enfermagem	☐	☐	☐	☐
Pós graduação em qualquer área (mestrado e doutorado)	☐	☐	☐	☐
Pós graduação/Especialização em Medicina e Enfermagem	☐	☐	☐	☐
Outros. Especifique:				
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

31. Descreva a participação e a contribuição das Instituições de Ensino nas atividades do Pólo.
32. Descreva a participação e a contribuição das Instituições do Serviço nas atividades do Pólo
33. Na locorregião de abrangência do Pólo, quais são as interações institucionais mais relevantes para sua atuação? Em outras palavras, quais são as instituições que mais participam, interagem e compartilham o trabalho?
34. Você identifica algum tipo de conflito entre as Instituições do Ensino e as do Serviço no modelo atual de atuação dos Pólos? Descreva e apresente alternativas que, a seu juízo, podem solucioná-los.
35. Há algum segmento do público-alvo das atividades do Pólo que, a seu juízo, se beneficia ou se beneficiaria melhor das atividades oferecidas pelas Instituições de Ensino. Quais e por que?
36. Fale-nos sobre as dificuldades encontradas pelas Instituições de Ensino e pelas Instituições do Serviço para capacitar equipes ao invés de profissionais isolados, conforme o modelo atual de Pólos?
- ☐ 1. Dificuldade encontradas pelas Instituições de Ensino
- ☐ 2. As Instituições de Ensino não encontram dificuldades.
- ☐ 3. Dificuldades encontradas pelas Instituições do Serviço
- ☐ 4. As Instituições do Serviço não encontram dificuldades.
37. Dentre o público-alvo das atividades do Pólo qual é o segmento que mais se beneficia (ou se beneficiou até o momento) de sua atuação?

BLOCO 5 – EDUCAÇÃO PERMANENTE CAPACITAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

38. Gostaríamos de verificar sua opinião sobre a definição de algumas dimensões referentes a duas abordagens pedagógico-educacionais. As definições constam de documento oficial do MS e nosso objetivo é identificar sua aplicabilidade exclusiva ou inclusiva (excludente ou convergente) nas atividades educacionais dos Pólos.

Item	Abordagem 1	Abordagem 2	Sua Opinião
Pressuposto pedagógico	O “conhecimento” preside /define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Público	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Modus Operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2004a.

39. Quais são as principais atividades de educação permanente implementadas pelo Pólo nos últimos dois anos? Identifique os conteúdos e o formato utilizado para sua transmissão.

ATIVIDADES OFERECIDAS PELO PÓLO NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS

NOME DA ATIVIDADE	FORMATO					PÚBLICO BENEFICIADO			
	Fórum Oficinas Seminário	Grupo de Discussão	Curso	Internato/ Residência	Outros	Equipes do serviço	Equipe das IEs	Profissionais isolados	Outro. Especifique
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Especificação de Outros Formatos:									
Especificação de Outro Público Beneficiado:									

40. Você tem dados, evidências ou mesmo impressões sobre o impacto que estas atividades causam nas diferentes equipes capacitadas?

- ☐ 1. Dados ou evidências:
☐ 2. Impressões ou hipóteses:

41. Você tem dados, evidências ou mesmo impressões sobre o impacto que estas atividades causam nas diferentes instituições que participam de sua implementação?

- ☐ 1. Dados ou evidências:
☐ 2. Impressões ou hipóteses:

42. Há um sistema de avaliação e monitoramento?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não. Passe para pergunta 46

43. Em caso positivo, como esse sistema está estruturado?

44. Há atividades demandadas que não puderam ser oferecidas? Quais são as atividades e quais as razões que obstaculizaram a oferta. *(No princípio, espontânea: ouça e anote. Se ficar alguma coisa a descoberto, pergunte)*

NOME DA ATIVIDADE	QUEM SOLICITOU	RAZÃO DE NÃO TER SIDO OFERECIDA								
		Recursos financeiros	Falta de apoio técnico	Instalações materiais	Distância do público interessado	Número insuficiente de alunos	Conteúdo alheio ao pólo	Não é atividade prioritária	Adiada	Outra. Especifique*
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* Especificação:										

45. As equipes de saúde “em qualquer área do sistema, constituem o público-alvo da educação permanente e são assim definidas: equipes que atuam na atenção básica (especialmente aquelas vinculadas à Saúde da Família); equipes de urgência e emergência; equipes de atenção e internação domiciliar; equipes de reabilitação psicossocial”.
- ☐ Identifique as equipes mais frequentes na programação desse Pólo e comente sobre as áreas mais procuradas e que mais benefícios têm oferecido às equipes de saúde assim definidas.
46. Qual é a principal diferença, em termos de conteúdo e capacitação para o trabalho em saúde, existente entre esta proposta ampla e a proposta anterior que reservou aos Pólos a tarefa precípua de capacitar as *Equipes do PSF*. Comente os avanços, as dificuldades, os êxitos e fracassos decorrentes da introdução desta mudança.
47. Os municípios da área de abrangência desse Pólo contam com Equipes de Saúde da Família?
- ☐ 1. Sim
- ☐ 2. Não → Passe para a questão 50
- ☐ 3. Não sei → Passe para a questão 50
48. Como você avalia a atuação destas Equipes?
49. Qual o significado da atuação das ESFs para o seu Estado, mesmo que não existam ESFs na locoregião abrangida pelo seu Pólo?
50. Esse Pólo tem implementado alguma atividade de educação permanente específica para as equipes de PSF? Tanto em caso afirmativo, quanto em caso negativo, qual é a sua opinião sobre este tema?
51. Na sua opinião, que tipo de capacitação/educação permanente deve ser oferecida às Equipes de Saúde da Família, uma vez que, enquanto *equipes de saúde*, estão incluídas entre o público-alvo do Pólo de Educação Permanente.

52. Dentre as atividades oferecidas pelo Pólo estão incluídas alguma ou algumas das relacionadas a seguir? Como você as classifica segundo o tipo de ensino? Pode assinalar quantas forem necessárias.

Atividades	Classificação da Atividade por Tipo de Ensino			
	Capacitação	Educação Permanente	Formação	Outro. Especifique
Introdutórias: Planejamento de Serviços	☐	☐	☐	☐
Introdutórias: Treinamento de Agentes ou Auxiliares de Saúde	☐	☐	☐	☐
Introdutórias: Treinamento de Multiplicadores	☐	☐	☐	☐
Relacionadas com ciclo de vida: Materno Infantil	☐	☐	☐	☐
Relacionadas com ciclo de vida: Saúde da Mulher	☐	☐	☐	☐
Relacionadas com ciclo de vida: Adolescentes	☐	☐	☐	☐
Áreas temáticas: tuberculose	☐	☐	☐	☐
Áreas temáticas: hanseníase	☐	☐	☐	☐
Áreas temáticas: AIDPI	☐	☐	☐	☐
Graduação: Saúde da Família	☐	☐	☐	☐
Graduação: TO, Fono, Fisio, Nutrição	☐	☐	☐	☐
Graduação: Enfermagem	☐	☐	☐	☐
Pós Graduação: Residência em SF	☐	☐	☐	☐
Pós Graduação: Estágios Comunitários	☐	☐	☐	☐
Outras. Especifique:	☐	☐	☐	☐

BLOCO 7 – RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E RECURSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO

53. Qual é o apoio mais importante que o Pólo tem recebido do MS? (*Espontânea. Ouvir e depois assinalar*)

- ☐ 1. Financeiro
- ☐ 2. Diretrizes Conceituais
- ☐ 3. Material Didático
- ☐ 4. Material permanente
- ☐ 5. Interlocução

54. Qual é o apoio mais importante que o Pólo tem recebido da SES?

(Espontânea. Ouvir e depois assinalar)

- ☐ 1. Financeiro
- ☐ 2. Diretrizes Conceituais
- ☐ 3. Material Didático
- ☐ 4. Material permanente
- ☐ 5. Interlocução

55. Qual é o apoio mais importante que o Pólo tem recebido das SMS?

(Espontânea. Ouvir e depois assinalar)

- ☐ 1. Financeiro
- ☐ 2. Diretrizes Conceituais
- ☐ 3. Material Didático
- ☐ 4. Material permanente
- ☐ 5. Interlocução
- ☐ 6. Parcerias para implementação das atividades
- ☐ 7. Formação de multiplicadores
- ☐ 8. Replicação das atividades
- ☐ 9. Indicação de alunos
- ☐ 10. Recebimento de equipes para estágios
- ☐ 11. Outros. Especificar

56. Este Pólo realiza algum tipo de atividade em conjunto com outros Pólos?

- ☐ 1. Sim. Especifique que atividades e com quais Pólos

Atividades:

Pólos com os quais interage:

- ☐ 2. Não realiza atividades conjuntas

57. Na realização destas atividades conjuntas, a relação entre os Pólos é

- ☐ 1. Cooperativa
- ☐ 2. Conflituosa
- ☐ 3. Indiferente

58. A relação deste Pólo com os demais Pólos, com os quais não interage, é:

- ☐ 1. Cooperativa
- ☐ 2. Conflituosa

☐ 3. Indiferente

59. Descreva a estratégia de descentralização deste Pólo. Quais são os critérios que orientam a distribuição dos cursos e atividades entre as diferentes instituições que integram o Pólo?
60. Como você avalia a potencialidade e a vocação dos Pólos para a tarefa de educação permanente que lhe está reservada?
61. Gostaríamos que você examinasse a situação atual dos Pólos com respeito à situação anterior, em termos de estrutura, organização e projeto de ensino. Você vê avanços, retrocessos ou manutenção do modelo?

DIMENSÃO	HOUVE AVANÇO JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA	HOUVE RETROCESSO JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA	NÃO HOUVE MUDANÇA
ESTRUTURA Verticalidade x Horizontalidade			
ORGANIZAÇÃO Ensino e Serviço x Roda			
PROJETO DE ENSINO Equipes Específicas x Público Amplo			

62. Faça outros comentários e apresente sugestões, se desejar.

ANEXO III

RELAÇÃO DOS ATORES ENTREVISTADOS E MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

1. PESSOAS ENTREVISTADAS DURANTE A PESQUISA DE AVALIAÇÃO DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA (Pólos-SF/2000)

ALAGOAS (AL)

- Ex-Coordenador do Pólo do PSF de Alagoas;
- Atual Coordenadora do Pólo - Dra. Ana Dayse Rezende Dórea
- Secretária Municipal de Saúde e Instrutora do PSF;
- Diretora da Escola de Ciências Médicas de Alagoas, da Fundação Universitária de Ciências da Saúde (ECMAL/UNCISAL);
- Coordenadora Estadual da Saúde da Comunidade da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (COSAC/SESAU);
- Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas (CSAU/UFAL);
- Coordenadora do PSF do Município de Maceió;
- Coordenadora do AIDPI; Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Chefe do Departamento de Enfermagem da UFAL.

BAHIA (BA)

- José Carlos Barbosa Filho - Coordenador do Pólo; Médico
- Ana Lêusa de Pinto - Coordenadora do PACS/PSF; Enfermeira
- Efigênia de Fátima Cardoso Coutinho - Ex-coordenadora do PACS / PSF; Diretora de Promoção à Saúde da SESAB; Administradora de Empresa
- Érica Matos -Secretária Executiva da Rede Unida
- Rosana Aquino - Executiva do Pólo da BA; Docente do Instituto de Saude Coletiva da UFBA;
- Marília Santos Fontoura - Enfermeira sanitarista

MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE (MG/BH)

- Maria José Cabral Grilo Caldeira Brant - Coordenadora do Pólo de Capacitação de Belo Horizonte. Enfermeira.
- Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - Coordenadora do PSF de Minas Gerais. Enfermeira.
- Edison Correa - Subcoordenador do Pólo e Pró-Reitor de extensão da UFMG. Médico, pediatra.
- Roseni Rosângela de Sena - Diretora da Escola de Enfermagem – UFMG. Enfermeira.
- Carlos Haroldo Piancastelli - Coordenador do Projeto Saúde da Família na Graduação. Médico, especialista em clínica médica.
- Elza Santiago Erichsen - Coordenadora do Projeto de Capacitação de Profissionais de Nível Universitário. Médica (patologia clínica).
- Ana Cristina Couto Amorim - Psicóloga Clínica na Universidade de Montes Claros (UNIMONTES). Executora do Módulo Introdutório.
- Marília Rezende da Silveira - Coordenadora do Projeto Capacitação de Auxiliares de Enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde. Enfermeira.
- Maria Lígia Mohallem Carneiro - Coordenadora do Projeto Produção e Incorporação de Tecnologias Apropriadas. Enfermeira.
- Sidney José do Carmo - Comunicador Social da SES - Fundação Ezequiel Dias, trabalho comunitário que gerou proposta de projeto "Saúde com Cultura".
- Helena Hemiko Iwamoto - Coordenadora do Curso Introdutório no Triângulo Mineiro. Enfermeira
- José Lucas Magalhães Aleixo - Médico pediatra, especialista em saúde pública da Escola de Saúde MG/FUNED-ESMIG. Treinamento introdutório em conjunto com o Pólo UFMG.
- Clicia Valim Côrtes Gradim – Coordenadora dos cursos descentralizados pelo Pólo UFMG. Enfermeira.
- Cláudia Lindgren - Representante do Departamento de Pediatria na coordenação do Cursos de Especialização da UFMG .Médica, pediatra.

- Eulita Maria Barcelos Ladeia - Docente no curso introdutório para enfermeiras no interior do Estado e em treinamentos de Agentes Comunitários de Saúde. Enfermeira.
- Maria Dolores Soares Madureira - Coordenadora do curso introdutório na Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina. Enfermeira.
- Maria Judith da Silva Rios - Secretária da Saúde do Município de Belo Horizonte, Área de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Enfermeira.

CEARÁ (CE)

- Sílvia Mamede Studart Soares - Coordenadora do Pólo, Médica.
- José Batista Cisne Tomaz – Professor da Escola de Saúde Pública do Ceará e, na ausência da Dra. Sílvia Mamede Stuart Soares, representante da Coordenação do Pólo
- Eva Falcão – da Célula de Atenção Primária (engloba PACS/PSF) da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA)
- Paola Borba – Coordenadora da Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde da SESA
- Henry de Holanda Campos – Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e representante desta Universidade no Pólo
- Maria Neile Torres de Araújo – Coordenadora do Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica da Faculdade de Medicina da UFC; coordenou a Comissão de Reforma Curricular da UFC
- Iacy Mendonça de Almeida – Coordenadora de Graduação em Medicina e membro do Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica da UFC
- Maria Vaudelice Mota – Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFC

DISTRITO FEDERAL (BRASILIA – DF)

- Dra. Maria José Aquino Schneider, coordenadora do Pólo, médica sanitária, dirigente da Divisão de Treinamento e Aperfeiçoamento do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Participaram da entrevista com a Coordenadora do Pólo, em grupo, os integrantes de sua equipe:

- Maria Eliete Araújo Fernandes
- Maria Cristina Ferreira Sena
- Nélcia Mariana Fonseca Torquato de Almeida
- Armando Augusto Peixoto
- Maria Ines Castelli Teles

MINAS GERAIS - JUIZ DE FORA (MG-JF)

- Estela Márcia Saraiva Campos, enfermeira, Coordenadora do Pólo de Capacitação de Juiz de Fora. Enfermeira. Diretora do NATES (Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde).
- Nilceia Maria da Silva, enfermeira, Coordenadora das UBS de Juiz de Fora.
- Auta Iselina Stephan de Souza, assistente social, Profa. Visitante da UFJF, responsável pelo Programa de Residência de Serviço Social no Hospital Universitário.
- Joaquim Ferreira de Souza, médico, Prof. da Escola de Medicina da UFTM, Coordenador do Internato Regional, Chefe do Departamento de Clínica Médica da UFJF.
- Edson Vieira da Fonseca Faria, Prof. de Educação Física, Pró-Reitor de Graduação da UFJF.
- Sandra Helena Cerrato Tibiriçá, médica do ICB, Coordenadora do Projeto Interdisciplinar de Saúde Coletiva (PISC).
- Márcio José Martins Alves, médico, Coordenador do Curso de Especialização em Medicina da UFJF.

- Sueli Maria dos Reis Santos, enfermeira, Coordenadora da Especialização em Enfermagem - UFJF.
- Marli Salvador, enfermeira, Diretora da Escola (Faculdade) de Enfermagem - UFJF.
- Celso Paoliello Pimenta, médico e professor, Pró-Reitor de Extensão UFJF.
- Sylvania Roman de Carvalho, matemática, funcionária pública da DRS de Barbacena.

Equipe do NATES:

- Neusa Marina Mauad - Médica Sanitarista
- Lenir de Almeida Rodrigues - Secretária do NATES
- Leandro Faber Lopes - Bolsista
- Beatriz Farah - Enfermeira, Coordenadora do Introdutório
- Antônio Carlos da Hora - Coordenador de Comunicação
- Rodrigo Cruz Gonçalves - Bolsista
- Tânia Brecheni de Barros - Adm. Empresa
- Elisângela dos Santos - Secretária do NATES.

MATO GROSSO (MT)

- Elisete Duarte - Coordenadora do Pólo e dirigente da Escola de Saúde Pública da SES de Mato Grosso, professora universitária e enfermeira, mestranda em Saúde Pública;
- Janil Leite de Oliveira - representante, no Pólo, da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFMT;
- Maria da Anunciação Silva - representante, no Pólo, do ISC da UFMT;
- Amauri Angelo Gonzaga - enfermeiro, assistente técnico do Gabinete da SES de Mato Grosso, que está trabalhando a questão da territorialização e microrregionalização;
- Marinezi Araújo Meira - Coordenadora do PSF da SES de Mato Grosso, enfermeira;
- Stella Maris Malpici Luna - Coordenadora do PSF de Mato Grosso.

PERNAMBUCO (PE)

- Taciana Padilha – Coordenadora do Pólo. Médica, Diretora da Escola de Saúde Pública.
- Tereza Cristina Bezerra – Diretora do Departamento de Articulação Interinstitucional e Comunitária (DAIC), onde está inserido o PACS/PSF da SES/PE, e representante da Secretaria no Emília Perez; professora e coordenadora da graduação do curso de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco e representante da Universidade no Pólo
- Vera Gregório – Professora da Faculdade de Enfermagem da UFPE e representante da Faculdade no Pólo
- Eronildo Felisberto – Assessor da superintendência do Instituto Materno-Infantil (IMIP) e, no Pólo, representante do IMIP
- Alexandre Bezerra – Representante da FIOCRUZ no Pólo
- Thiago M. Lapa – CpqAM / FIOCRUZ
- Wayner Vieira de Souza – CpqAM / FIOCRUZ

PARANÁ (PR)

- Alexandrina Aparecida Maciel - Coordenadora do Pólo Estadual e diretora da ESPP; enfermeira, professora doutora em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.
- Maria Helena dos Santos - Técnica da ESPP. Médica veterinária.
- Kleyde Ventura de Souza - Enfermeira, especialista em obstetrícia e mestre em Assistência de Enfermagem, com trabalho na área de educação na ESPP.
- Márcia Huçulak - Diretoria de Sistemas de Saúde. Enfermeira.
- Elizete Paiola Tonon - Coordenadora estadual do PSF/PACS. Psicóloga, com especialização em psicoterapia.
- Leo Kriger - Assessor da SESA. Dentista e sanitarista.
- Lais Monteiro Amarante - Dentista sanitarista da SESA.
- Maria Socorro Monteiro – Coordenação do Pólo Regional de Londrina. Enfermeira

- João Luiz Gallego Crivellaro - coordenador regional PACS/PSF da 2ª Regional, Grande Curitiba
- Carlos Batista Soares - Diretor de Recursos Humanos da SESA.

RIO DE JANEIRO (RJ)

- Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino, Professor Adjunto do Departamento de Planejamento em Saúde/ISC em Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde na FIOCRUZ
- Ellen Márcia Peres – Enfermeira, coordenadora do Programa Vida Nova, coordena o Núcleo da UERJ desde 1997, participa da Coordenação do Pólo desde 1999.
- Ricardo Donato Rodrigues – Médico, professor do Instituto de Medicina Integral da UERJ.
- Pedro Gilberto Alves de Lima - Médico Sanitarista, coordenador técnico adjunto do Programa Médico de Família da FMS de Niterói.
- Luís Carlos Hubner Moreira - Dentista, coordenador de área do Grupo Básico do Programa Médico de Família da FMS de Niterói.
- Maria Célia Vasconcellos - Assistente Social, vice presidente de Atenção Coletiva Ambulatorial e da Família – FMS.
- Dulce Helena Chiaverini - Cientista Social, coordenadora do PACS/PSF do Rio de Janeiro, professora da Faculdade de Medicina da UERJ – curso de pós-graduação: Área de Saúde Pública.
- Cláudia Valéria Cardim da Silva – Nutricionista, diretora do Instituto de Nutrição da UERJ.
- Regina Lúcia Monteiro Henriques – Enfermeira, professora do curso de Enfermagem da UERJ.
- Maria de Fátima Nascimento do Amaral – Enfermeira, coordenadora das atividades do Pólo na Universidade do Grande Rio e professora do curso de Enfermagem.

SANTA CATARINA (SC)

- Isabel Quint Berretta - Atual coordenadora do Pólo Profissional da área de enfermagem, com especialização em Gestão Estratégica de Serviço Público e de RH.
- Tânia Maria Sulzbach Müller – Foi a primeira coordenadora do Pólo de Santa Catarina, e Coordenadora do PSF. Assistente Social, técnica da Coordenação de Ações Regionais, especialista em Administração de Recursos Humanos.
- Elizabeth Machado Botelho - Coordenadora do PSF.
- Cláudia Regina Lima Duarte da Silva - Coordenadora do Núcleo Regional II – FURB. Enfermeira, sanitarista, com formação em Administração de Empresas e mestrado em Educação.
- Edilza Maria Ribeiro - Coordenadora do curso de especialização para enfermeiros de SF. Enfermeira, com mestrado em Saúde do Adulto na UFSC.
- Denise Stringari Marcos – Ex-coordenadora do Núcleo Regional da UNIVALI. Enfermeira, com mestrado em Educação.

MUNICÍPIOS SELECIONADOS – PESQUISA PÓLOS-SF

Municípios Incluídos na Avaliação dos Pólos-SF e Equipes Entrevistadas

REGIÃO	MINICÍPIOS INCLUÍDOS NO ESTUDO	TOTAL DE EQUIPES DE SF ENTREVISTADAS
CO	Denise, Don Aquino, Nortelândia, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilência, Brasília	10
NE	Araripe, Aratuba, Nova Olinda, Pedra Branca, Quixadá, Afogados da Ingazeira, Bezerros, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Atalaia, Piaçabuçu, Piranhas, São José da Leje, Satuba, Barra do Choça, Ipecaetá, Ituverá, Nazaré, Vitória da Conquista	40
SE	Alpinópolis, Biquinhas, Ibiá, Pirapora, Vespasiano, Arantina, Coronel Pacheco, Rio Casca, Santa Bárbara do Tugúrio, Santana do Garambéu, Araruama, Armação de Búzios, Bom Jardim, Cantagalo, Saquarema, Angra dos Reis, Engenheiro Paulo de Frontin, Itaboraí, Paty do Alferes, Três Rios	35
S	Campo Magro, Céu Azul, Iracema do Oeste, Ourizona, Serranópolis do Iguaçu, Abelardo Luz. Galvão, Paulo Lopes, Santa Rosa de Lima, São Bento do Sul	17
TOTAL		102

Fonte: elaboração própria baseada em NEPP/UNICAMP, 2001. Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF.

1. PESSOAS ENTREVISTADAS DURANTE A PESQUISA SOBRE OS PÓLOS-EP – 2006

UF	CIDADE	DATA DA ENTREVISTA	NOME DA PESSOA ENTREVISTADA	CARGO OU FUNÇÃO
Bahia	Salvador	13/2/2006	Lorene Pinto	Pólo da Macro Região de Salvador – Coordenação e Conselho
		13/2/2006	José Carlos Barbosa Filho	Ex-coordenador do Pólo-SF E atual coordenador do Pólo Estadual (Rede)
		14/2/2006	Gesilda Meire Lessa	Professora da Faculdade de Enfermagem da UFBA
		14/2/2006	Rosana Aquino Guimarães	Professora do ISC - Instituto de Saúde Coletiva da Bahia
		14/2/2006	Ana Luíza Vilas Boas	Professora do ISC - Instituto de Saúde Coletiva da Bahia
Alagoas	Maceió	16/2/2006	Ana Dayse Rezende Doréa	Reitora da Universidade
		16/2/2006	Simone Schwart Lessa	Professora da UNCISAL
		17/2/2006	Katia Betina	Coordenadora atual do Pólo
		17/2/2006	Marco Antônio Mota Gomes	Professor da UNCISAL
Ceará	Fortaleza	9/2/2006	Silvia Mamede Studart Soares	Coordenadora anterior (entrevista por telefone)
		20/2/2006	Maria Neila Torres de Araújo	Professora da Faculdade de Medicina UFC
		20/2/2006	Maria Goreti Ribeiro	Professora da Faculdade de Medicina UFC
		20/2/2006	Ricardo José Soares Pontes	Coordenador atual e Professor da Faculdade de Medicina UFC
		20/2/2006	Carlos Augusto de Lima	Funcionário da Secretaria Executiva do Pólo
		21/2/2006	Maria Imaculada Ferreira da Fonseca	SES - Núcleo de Política de RH

Santa Catarina	Florianópolis	15/2/2006	Hellen Bruggmann Bunn Schimidt	Funcionária da Secretaria de Estado da Saúde
		15/2/2006	Vanessa Rossar Mattos Dias	Articuladora - Universidade Federal de Santa Catarina
		16/2/2006	Elisabeth Machado Botelho	Funcionária da Secretaria de Estado da Saúde
		16/2/2006	Isabel Quintini Berreta	Coordenadora anterior - 2000
Paraná	Curitiba	23/2/2006	Sueli Preidum de Almeida Coutinho	Coordenadora atual
		23/2/2006	Marinalva Gonçalves da Silva	Articuladora dos Pólos Regionais
		24/2/2006	Maria Helena Santos	Assessora da Escola de Saúde Pública do Paraná
		24/2/2006	Erlene Tedesco dos Santos	Funcionária SES. Coordenou o Pólo até 05/2005
			Alexandria Aparecida Maciel	Coordenadora anterior - 2002
Mato Grosso	Cuiabá	28/3/2006	Maria Salete Ribeiro	Coordenadora /Presidente do COSEMS
		28/3/2006	Amaury Angelo Gonzaga	Parceiro - Coordenador (Diretor da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso)
		28/3/2006	Marcia Lotufo	Parceira – Co-coordenadora atual (Professora do Instituto de Saúde Coletiva de Mato Grosso)
		28/3/2006	Simone Carvalho Charbel	Ex-coordenadora - até 2005
		28/3/2006	Stella Maris Malpici Luna	Ex-coordenadora do PSF – até 2000 e de 2003 a 2004.

Minas Gerais	Juiz de Fora	8/3/2006	Estela Márcia Saraiva Campos	Coordenadora anterior (no Depto)
		23/3/2006	Denise Barbosa de Castro Friedrich	Vice- coordenadora do Pólo e Gerente da Pró Reitoria de Educação Continuada
		23/3/2006	Claudia Maria Peixoto Biscotto	Técnica da Secretaria Municipal de Saúde – Diretora de áreas temáticas e representante do presidente do COSEMS de Juiz de Fora
		24/3/2006	Maria Tereza Bustamont Teixeira	Médica PSF
		24/3/2006	José Eduardo Moreira Amorin	Coordenador, Diretor - Presidente do Conselho Gestor do Pólo
	Belo Horizonte	6/4/2006	Higleia Maria Moreira Lucena	Assessora do Coordenador
		Maior/2006	Maria José Cabral Caldeira Brant	Ex-Coordenadora do Pólo SF
		7/4/2006	Roberto (indicação da Sra.Higleia)	Conselheiro do Conselho Municipal de Saúde (Usuário)
Distrito Federal	Brasília DF	6/4/2006	Maria José Schnaider	Ex - coordenadora
		6/4/2006	Tereza Cristina Reis Lyra Martins	Coordenadora
		6/4/2006	Azenate Teixeira de Menezes Farinasso	Enfermeira e diretora da Escola Técnica de Saúde de Brasília – Parceiro

Mato Grosso	Cuiabá	28/3/2006	Maria Salete Ribeiro	Coordenadora /Presidente do COSEMS
		28/3/2006	Amaury Angelo Gonzaga	Parceiro - Coordenador (Diretor da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso)
		28/3/2006	Marcia Lotufo	Parceira – Co-coordenadora atual (Professora do Instituto de Saúde Coletiva de Mato Grosso)
		28/3/2006	Simone Carvalho Charbel	Ex-coordenadora - até 2005
		28/3/2006	Stella Maris Malpici Luna	Ex-coordenadora do PSF – até 2000 e de 2003 a 2004.

Fonte: elaboração própria baseada na agenda de campo do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde - Pólos-EP – 2005/06

ANEXO IV : CARTA ÀS INSTITUIÇÕES

FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

Aos Integrantes dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS)

O Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PAEPS), iniciativa do Ministério da Saúde, está sendo realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, sob a minha coordenação. O objetivo da Pesquisa é identificar os aspectos positivos e os que podem ser revistos para aprimorar tanto a formulação quanto os procedimentos de implementação da política pública de saúde e de seus componentes essenciais, através de um conjunto de atividades que consubstanciam estudos prospectivos, avaliação da situação atual e atualização de estudos anteriores referentes à capacitação e formação de trabalhadores do SUS. Uma das atividades do Projeto é a entrevista com os coordenadores dos Pólos realizada por cinco pesquisadores *senior*, dois mestrandos e três doutorandos, sob a minha orientação no DP-FM/USP.

Estaremos entrevistando os coordenadores e outros integrantes de alguns Pólos de Educação Permanente para a Saúde, selecionados nos Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e no Distrito Federal, nos meses de dezembro de 2005, janeiro, fevereiro, março e abril de 2006. Tanto a relação dos Pólos incluídos no estudo quanto o instrumento de entrevista estão à sua disposição para exame. O conteúdo resumido da entrevista, que dura aproximadamente duas horas, é o seguinte: identificar o *modus operandi* do Conselho Gestor, seus integrantes e os mecanismos utilizados para organizar a grade de atividades; identificar as eventuais dificuldades encontradas para a operacionalização dos trabalhos e as alternativas de solução encaminhadas. Trata-se de uma conversa informal, orientada por um roteiro de entrevista, que também está à sua disposição, sobre a atuação de cada um dos Pólos, as atividades desenvolvidas, os planos e a visão do entrevistado.

Para continuidade do trabalho apresento a V. Sa. os/as pesquisadores/as [...] e] Regina Marta Barbosa Faria todos vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva da USP sob minha coordenação.

Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos pelo e-mail: pesquisapolo@usp.br ou telefone: (11) 3066-7089.

Professor Doutora Ana Luíza d' Ávila Viana
FM-USP – Departamento de Medicina Preventiva

Ciente. Documento lido e compreendido.

Entrevista Concedida em ____/____/____

Nome legível e assinatura: _____

ANEXO V: NATUREZA E CARACTERÍSTICAS DOS CURSOS OFERECIDOS POR INSTITUIÇÕES SELECIONADAS

Natureza da Instituição	Características dos Cursos	Opção Pedagógica Identificada
FJP. Fundação João Pinheiro. Governamental. Fundação criada em 1969 . Forma RH para o setor público federal, estadual e municipal. Foco: fortalecer competências para formulação de políticas públicas, elaboração de indicadores e instrumentos de mensuração de resultados e avaliação do desempenho da ação governamental.	Graduação, mestrado em administração pública e especialização <i>lato sensu</i> . Conteúdos relacionados com gestão pública; elaboração e avaliação de projetos; relação entre ação governamental e processos políticos; instrumental básico para compreensão do sistema de proteção social brasileiro: evolução, agenda contemporânea, princípios, diretrizes e formas de financiamento e gestão de políticas sociais.	Interação social, envolvendo investigação e análise de informações e dados.
FUNDAP. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Governamental. Fundação criada em 1974 . Atuação baseada no tripé ensino, desenvolvimento organizacional e pesquisa. Foco: garantir a permanente atualização das estruturas, procedimentos e práticas administrativas, assim como a formação e aperfeiçoamento dos profissionais da administração pública.	Programação permanente centrada no desenvolvimento gerencial para distintos escalões da administração pública; cursos específicos de administração; formação de analistas e gestores de políticas públicas. Cursos operacionais voltados para o aprimoramento dos sistemas de recursos humanos, comunicação, finanças e organização do trabalho. A partir dos anos noventa, predomínio de cursos operacionais específicos.	Uso de metodologia que enfatiza a prática do trabalho com base em conceitos e ferramentas necessários para superar os problemas que afetam o desempenho da administração pública
CEPAM. Fundação Prefeito Faria Lima. Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal Governamental. Criada em 1967 e transformada em Fundação em 1975 . Foco: prestar assistência técnica e assessoramento jurídico-administrativo aos municípios a fim de dotá-los de agilidade e eficiência no seu desempenho autônomo.	Os cursos respondem às necessidades dos municípios e têm caráter operacional: elaboração e utilização adequada de leis, regulamentos e instrumentos gerenciais voltados para a qualidade de vida dos munícipes; a conservação e preservação de recursos ambientais e riquezas naturais; a concepção e operacionalização de processos administrativos (licitação, compras, questões jurídicas). Formato: seminários, cursos, palestras, livros, cartilhas.	Assessoramento técnico e ensino expositivo customizado. Foco principal: consultoria.

Natureza da Instituição	Características dos Cursos	Opção Pedagógica Identificada
<p>ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. Governamental. Fundação criada em 1986, cuja missão é “desenvolver competências de servidores públicos para aumentar a capacidade de governo na gestão de políticas públicas”. Foco: educação continuada em resposta às demandas estratégicas governamentais de inclusão social, redução da pobreza e desenvolvimento econômico.</p>	<p>Cursos destinados a “gerentes estratégicos e altos dirigentes do setor público”. Podem responder a demandas específicas de organizações ou demandas gerais do governo federal. A programação institucional de capacitação contempla formação de pessoal para carreiras da Administração Pública Federal (Analistas de Planejamento e Orçamento e Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental); cursos de especialização em gestão de pessoas, instituições e serviço público; cursos de avaliação e monitoramento de políticas públicas específicas; curso de pós-graduação <i>lato sensu</i> credenciado por Portaria do MEC no. 11 de 04/01/2005.</p>	<p>Cursos teóricos e aplicados que objetivam a formação e a permanente atualização dos alunos em temas relevantes e estratégicos para a administração pública. Ensino operacional para cursos customizados. Formação de quadros para carreiras da Administração Pública.</p>
<p>Fiocruz/ENSP. Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Governamental. Fundada em 1954 e incorporada à Fiocruz em 1970. Foco: contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira, mediante a capacitação de profissionais, a produção de conhecimentos técnico-científicos, a cooperação técnica e a prestação de serviços no campo da saúde pública.</p>	<p>Cursos de mestrado e doutorado em Saúde Pública, preparando profissionais de excelência para a pesquisa e o ensino. Os cursos são orientados por eixos temáticos e linhas de pesquisa. Além disso, oferece mestrado profissional também na área de Saúde Pública.</p>	<p>Ensino graduado e pós-graduado orientado por eixos que contemplam linhas de pesquisa.</p>

Natureza da Instituição	Características dos Cursos	Opção Pedagógica Identificada
<p>Fiocruz/EPSJV. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Governamental. Fundada em 1985. Foco: ensino profissional em saúde, incluindo formação técnica de nível médio.</p>	<p>Educação profissional técnica de nível médio em Gestão em Serviços de Saúde; Laboratório em Bodiagnóstico em Saúde; Registros e Informações em Saúde; Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. Curso de educação profissional em saúde para capacitação do corpo docente responsável pela educação técnica.</p>	<p>Ensino referenciado ao processo de trabalho com desenvolvimento de métodos e estratégias para criar ambientes de aprendizagem na perspectiva da Educação Permanente.</p>
<p>EXTECAMP-UNICAMP. Os cursos de extensão oferecidos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) incluem programas relacionados com a formulação, implementação e administração de políticas públicas e/ou planos de ação ou projetos de organizações da sociedade civil. Criada em 1989. Foco recente é o curso de Economia Solidária e Tecnologia Social em nível de especialização.</p>	<p>O curso focaliza o aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos relacionados à economia solidária e tecnologia social a partir das experiências dos/as participantes; a delimitação das possibilidades da economia solidária; a análise histórica da economia solidária, do cooperativismo e a autogestão. Socializa as experiências possibilitando aos/às participantes a elaboração de projetos relacionados ao tema com base na experiência.</p>	<p>Apresentação de conteúdos discursivos e consideração da experiência dos alunos, para elaboração de projetos e planos de ação.</p>
<p>FGV/EAESP (GVPEC). A Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP), através de seu programa de educação continuada (GVPEC), oferece cursos em administração geral e estratégia; administração pública; administração da saúde; comunicação; economia; entretenimento; finanças; controladoria e gestão tributária; gestão de pessoas; Oferece, ainda, programas em nível de especialização, entre os quais se destacam os cursos de Administração para Organizações do Terceiro Setor, ministrados em quatro semestres com certificação. O GVPEC foi criado em 1954 e conta com corpo docente de 300 professores titulados no Brasil e no exterior.</p>	<p>Foco: atender às necessidades de capacitação e atualização de executivos e gestores, combinando o melhor dos universos profissional e acadêmico. O curso de Administração para o Terceiro Setor é destinado a profissionais que atuam em organizações não-governamentais, fundações, institutos, associações da sociedade civil ou cooperativas. O objetivo é transmitir uma visão geral do terceiro setor oferecendo conhecimentos básicos sobre gestão profissional.</p>	<p>Relaciona as disciplinas teóricas com a prática, por meio de exercícios e trabalhos de pesquisa. A experiência dos participantes pode ser assimilada para o desenvolvimento de casos e simulações.</p>

Natureza da Instituição	Características dos Cursos	Opção Pedagógica Identificada
<p>COMUNITAS/CAPACITAÇÃO SOLIDÁRIA. Organização não-governamental criada no contexto do Programa Comunidade Solidária, concebido pelo governo federal em 1995, e viabilizada pela Associação de Apoio ao Programa Comunidade Solidária (AAPCS). Foco: capacitação de jovens para geração de emprego e renda; fortalecimento de organizações do terceiro setor; formação em gestão social.</p>	<p>Oferece desde 1997 o curso Gestão Social, com duração de 4 semanas e 120 horas aula-atividade, sendo 88 horas presenciais e 32 horas de pesquisa e trabalho em grupo. .</p>	<p>Método discursivo identificado como exposição dialogada, além de trabalho em grupo e dinâmica de motivação.</p>
<p>PROGRAMA DE APOIO À GESTÃO SOCIAL NO BRASIL (PAGS). Desenvolvido pela Casa Civil da Presidência da República, a partir de 1996. Foco: estruturar uma rede de capacitação visando a unir instituições para formar equipes estaduais e municipais responsáveis pela implementação de programas sociais prioritários; apoiar e viabilizar o aprimoramento de instituições estaduais responsáveis pela capacitação de recursos humanos em gestão social; subsidiar a realização de cursos pilotos organizados pelas instituições da Rede, garantindo sua continuidade.</p>	<p>Formação de RH de instituições integrantes da Rede Nacional de Capacitação. Curso sobre formulação e gestão de políticas sociais. Durante o curso, com duração de 2 meses em tempo integral, os alunos elaboram um plano de ação para o desenvolvimento de curso piloto em suas respectivas instituições, respeitando as especificidades regionais e locais. Os cursos pilotos são monitorados por profissionais especializados em trabalho permanente com as equipes gestoras da RNC.</p>	<p>Ensino baseado em avaliação ex-ante e plano de ação elaborado pelos participantes, provenientes das instituições capacitadoras em programa de formação de gestores sociais.</p>
<p>FDRH. Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Vinculada à Secretaria de Administração e dos Recursos Humanos do Governo do Rio Grande do Sul, a FDRH foi criada em 1972 (Lei 6464). Foco: desenvolver atividades voltadas ao estímulo, qualificação e capacitação de servidores e estagiários federais, estaduais e municipais.</p>	<p>Os cursos abrangem as áreas de atendimento ao público, iniciação à informática, oficina de redações, elaboração de projetos, licitações, iniciação à gestão pública; através de sua Escola de Governo, implementa projetos de capacitação destinada a dirigentes da administração pública: Iniciação e Especialização em Gestão Pública.</p>	<p>Os cursos atendem a diferentes escalões, preparando-os para as funções e introduzindo-os às competências básicas da administração pública.</p>

Fonte: Relatórios de Atividades e Portais Institucionais disponíveis nos respectivos endereços citados.

11. REFERÊNCIAS

Ausubel, David P. Novak, Joseph D. Hanesian, Helen - *Psicología Educativa: un Punto de Vista Cognoscitivo*. 9ª edición, México, Ed. Trillas; 1996.

Bloom B et al. *Taxionomia de Objetivos Educacionais – Vol. 1 Domínio Cognitivo*. Porto Alegre, Ed. Globo; 1972.

Brasil. *Decreto-lei 200 de 25 de fevereiro de 1967*. Publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 27/02/67. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

Brasil. *Lei 7596 de 10 de abril de 1987*. Altera dispositivos do Decreto-lei 200 de 25/2/67, modificado pelo Decreto-lei 900 de 29/9/69 e pelo Decreto-lei 2299 de 21/11/1986, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde 1996. *Cadernos Saúde da Família*, v. 1, n. 1. Brasília, Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde 1997. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, MS; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde 2003. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Documento-registro dos antecedentes das diretrizes aprovadas pela CIT em*

18/09/2003 e que deram origem à Portaria 198/04 - Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde 2004. Ministério da Saúde. *Portaria N.º 198 MS/GM de 13/fevereiro/2004. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Publicada no Diário Oficial da União nº32/2004, secção I. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde 2004. *Portaria 827, de 5 de maio de 2004*. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde (Série C. NLM WA 590 Projetos, Programas e Relatórios)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004; 68 pp,

Brasil. Ministério da Saúde 2005. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Brasil. Ministério

da Saúde/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2005;160 pp.

Brasil. Ministério da Saúde. SE, CONASS, CONASEMS. *Nota Tripartite. Vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente à EC nº. 51/06 e à Lei nº11.350/06*. Brasília, 13 de dezembro de 2007. Disponível em <http://www.conasems.org.br>; www.walkinmedia.com.br/conasems. Acesso em: 08/02/08.

Brasil. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. (Versão Pdf)*. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília; 1995.

Brito Quintana PE; Rígoli F; Padilha M. *Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud. In: Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. (Org) Negri B; Faria R, Viana ALD'Ávila. NEPP e Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, SP. 2002;. pp. 189-220.

Brubaker R. *The Limits of Rationality: An Essay on the Social and Moral Thought of Max Weber*. George Allen and Unwin Ed. London. 1984; 119 pp,

Bruner JS. *O Processo da Educação*. Editora Nacional. São Paulo, (tradução de Lólio Lourenço de Oliveira). 1972; 87 pp,

_____. *The Process of Education*. Cambridge, Mass. Harvard University Press; 1960.

_____. *Towards a Theory of Instruction*. Cambridge, Mass. Harvard University Press; 1966.

Campos FE; Aguiar RAT. *Atenção Básica e Reforma Curricular*. In: Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. (Org) Negri B; Faria R, Viana ALD'Ávila. NEPP e Instituto de Economia / UNICAMP: Campinas, SP. 2002; pp. 91-99.

Campos FE; Belisário S. *O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada..* Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista9/debates1.pdf>. Acesso em: 07/02/2008.

Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed São Paulo: Hucitec; 2007; 236 pp.

Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003; 186pp.

_____. Efeito Paidéia e o campo da Saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: *Trabalho, Educação e Saúde*; 2006. v. 4, n.1, pp.19-31.

_____. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS, In *Saúde e Sociedade*; maio-ago, 2006; v.15, n.2, pp.23-33,

Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. In *Estudos Avançados*. São Paulo. jan./abr., 1999. v.13, n. 35.

Cardoso FH. Prefácio. In: Teixeira M (org). *Universidade e Governo: Professores da UNICAMP no Período FHC*. Editora Escuta. São Paulo; 2003.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, pp.161-77, set. 2004/fev2005 (Debates).

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2004; v. 14, n. 1, pp 41-65.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; 2005; v.10, n. 4. pp 975-986.

Chevallier J. *L'État post-moderne. Série Politique 35. Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence*, E.J.A. Paris, França. 2003; pp.15-18.

CONASEMS. *NOTA TRIPARTITE: Vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde frente à EC nº 51/06 e à Lei nº 11.350/06*. Em 14/04/2008 disponível no endereço: <http://www.conasems.org.br/cosems/se>

Dal Poz MR. Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: Novos Problemas e Soluções. In: Negri B; Faria R, Viana ALD'Ávila. (Org) *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. NEPP e Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, SP, 2002; pp. 323-342.

DMP-FM/USP. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde*. Pesquisa realizada com o apoio do Ministério da Saúde em convênio com a Fundação Faculdade de Medicina, 2006.

Draibe SM. A Nova Institucionalidade do Sistema Brasileiro de Políticas Sociais: Os Conselhos Nacionais de Políticas Setoriais. In *Cadernos de Pesquisa n. 35*. Núcleo de Análise de Políticas Públicas. NEPP/UNICAMP. Campinas. 1998; pp 1-35.

Elias PM. *Residência Médica no Brasil: A Institucionalização da Ambivalência*, Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, 1987;155 pp.

Faria RB, Ochoa JM, PaduaJN, Quevedo SR et al. *Estudio del Programa de Asistencia Alimenticia Proporcionado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Escuela Latinoamericana de Sociología (ELAS) y Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas/Ministerio de Educación de Chile. Santiago, Chile, 1967, 147pp.

Faria RB. *Uma proposta de ensino de aplicação: a análise de políticas sociais na formação de administradores públicos*. In *Cadernos FUNDAP*. Ano 3, nº 6. São Paulo, julho; 1983.

_____. *Formação de pessoal para o Setor Público: a experiência da FUNDAP*. In: Cadernos Fundap, n. 21: Desafios da Gestão Pública Paulista. FUNDAP, São Paulo, 1997; pp.189-197.

_____. *Avaliação de Programas Sociais – Evolução e Tendências*. In: Rico EM (org.). *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998; 155 pp.

_____. *Avaliação de Programas Sociais: Conceituação e Abordagens Metodológicas*. in: Silvia Cristina Yannoulas et al. *Atuais Tendências na Educação Profissional*. Brasília, Paralelo, 2001; pp. 193-226. Coleção Políticas Públicas de Trabalho e Renda; 262 pp. Também disponível em: www.flacso.org.br → Biblioteca → coleção PPTR.

Faria RB e Viana AL. *Experiências Inovadoras de Capacitação de Pessoal para Atenção Básica no Brasil: Balanço, Limites e Possibilidades dos Pólos*. In: Negri B; Faria R, Viana ALD'Ávila.(Org) *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. NEPP e Instituto de Economia/UNICAMP: 127-160. Campinas, SP, 2002; 430 pp.

Faria VE. *Reformas institucionales y coordinación gubernamental en la política de protección social de Brasil*. In: *Serie Políticas Sociales nº 64*. 48 pp. CEPAL. Santiago, Chile. Março 2003. Também publicado em: *Revista de la CEPAL*, n. 77. Santiago, Chile. 2002. Publicado em português: *Reformas Institucionais e Coordenação Governamental: o caso da política de proteção social no Brasil*. In Teixeira M (org). *Universidade e Governo*, São Paulo: Editora Escuta; 2003. (Publicações póstumas autorizadas pela família,

atendendo a solicitações dos organizadores e instituições).

Faria VE. Ciências Sociais: Razões e Vocações. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17 nº 48. ANPOCS. Ed. EDUSC. Bauru, SP. 2002; pp.7-14.

Freire P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1967.

_____. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1970.

FUNDAP. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Legislação disponível em 15 de janeiro de 2008, Em: <http://www.fundap.sp.gov.br/>. São Paulo. 2008.

FUNDAP. *Cadernos FUNDAP*. Ano 3, nº 6. São Paulo. Julho; 1983

Gil CRR, Cerveira MA, Torrér ZF. Pólos de Capacitação em Saúde da Família: Alternativas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Atenção Básica. In: Negri B; Faria R, Viana ALD'Ávila. (orgs). *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. UNICAMP-NEPP. Campinas, 2002.

Girardi SN, Fernandes Jr H, Carvalho CL. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. In: *Espaço para a Saúde*. Em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Versão on-line em 27 de janeiro de 2008 .

Gagné RM. *The Conditions of Learning and Theory of Instruction*. New York: CBS College Publishing, 1985.

Joyce B, Weil M. *Models of Teaching*. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs. New Jersey: 1972; 401 pp.

Martins CE. *A Questão da Modernidade- Notas para discussão*. [Trata-se de texto em elaboração que o autor poderá publicar ou apresentar em seminário em momento que julgar conveniente. Como não se trata de um texto definitivo e considerando-se as modificações que poderão ocorrer, identifiquei os poucos trechos que citei como “Informação Pessoal” segundo: Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso, p. 32. Compilação Grupo DiTeses. Funaro VMBO et al. São Paulo. 2004;110 pp.

Mendonça MHM, Giovanella L. *Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional*. Ciência & Saúde Coletiva, Maio/Junho, 2007, v.12, nº 3, pp.601-610.

Moreira MA. A Teoria de Aprendizagem de David Ausubel como Sistema de Referência para a Organização de Conteúdo de Física. In: *Revista Brasileira de Física*. 1979;v. 9, NP 1.

Negri B, Viana ALD'Ávila (orgs). *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo. SOBRAVIME E CEALAG: 2002; 630 pp.

Negri B, Faria R, Viana ALD' Ávila (orgs). In: *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. NEPP e Instituto de Economia/UNICAMP. Campinas, SP. 2002; 430 pp.

NEPP/UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas. Faria, RB (coord.). *Formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF*. Campinas, maio de 2002. (Relatórios de Pesquisa 3 vols). Disponíveis em Acrobat Reader (Pdf). Endereço para solicitação: núcleo@nepp.unicamp.br.

NEPP/UNICAMP. *Avaliação Institucional do PROFAE (Relatório de Apresentação dos Resultados ao MS)*. NEPP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP. Campinas, 2003. núcleo@nepp.unicamp.br.

Otero Ribeiro EC. *Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas*. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003.

Passos Nogueira R. *O Trabalho em Saúde Hoje: Novas Formas de Organização*. In: *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Negri B; Faria R, Viana ALD'Ávila.(orgs) NEPP e Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, SP. 2002; pp.257-274.

Piaget J. *Encyclopédie de la Pléiade – Logique et Connaissance Scientifique (sous la direction de Jean Piaget)*. Éditions Gallimard: França. 1997

Pierantoni CR. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos Problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde*. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: 2000;287pp.

_____. *As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001;v.6, n 2, pp341-360.

_____. *Recursos Humanos e Gerência no SUS*. In: Negri, B. e Viana A. L. (orgs), *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo. SOBRAVIME E CEALAG; 2002;. 609-30.

Poggi G. *The State*. Stanford University Press. Stanford, Cal. 1990.

Ramos MN. *É possível uma Pedagogia das Competências contra-hegemônica? Relações entre Pedagogia das Competências, Construtivismo e Neopragmatismo*. In: *Trabalho, Educação e Saúde*, 2003;v.1,n.1: 93-114.

Ribeiro SMR. *Reforma do aparelho de Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct 2002. Em 28/01/08.
[http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043326.p](http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043326.pdf)
 df

Rosenau PM. *Post-Modernism and the Social Sciences Insights, Inroads and Intrusions*. Princeton, New Jersey. Princeton University Press, 1992; 229 pp.

Roschke MA. Aprendizagem e Conhecimento Significativo nos Serviços de Saúde. In: Haddad JQ, Pineda EB. (Editores). *Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del Trabajo: Aprendizaje en los Servicios de Salud*. OPS-OMS: Honduras, 1997;pp. 140-161. (Capítulo traduzido pela própria autora e facultado por ela, em arquivo eletrônico por e-mail de 29/11/07, às 12:15h)

SP - *Lei Complementar nº 180, de 12 de Maio de 1978*. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Administração de Pessoal e dá providências correlatas.

Temporão JG. *Discurso de Posse no Cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude> , 19/03/08.

Varella TC, Dal Poz M, França T. Informação como recurso estratégico para a gerência de recursos humanos. In: *CADRHU*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textosapoio/pub04U1T7.pdf>. Acesso em: 8/6/2007

Viana AL. *Modelos de intervenção do Estado na área da saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1995;62 pp. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 118).

Viana AL, Fausto MCR, Lima LD. *Política de saúde e equidade*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 2003;v. 17, n. 1, pp. 58-68.

Viana ALD'Ávila, Dal Poz MR. *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. In *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 15 suppl 0. Rio de Janeiro, 2005.

Viana AL, Elias PEM, Ibañez N. (orgs). *Proteção Social: Dilemas e Desafios*. Editora HUCITEC. FMUSP-CEDEC-CEALAG-FCM Santa Casa-LEPS/UFRJ. São Paulo: 2005; 336pp.

Viana ALD'Ávila (Coord). *Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde – Relatório de Pesquisa. Módulo III*. São Paulo; 2008; 58 pp.