



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
FRANCISCA OZANIRA TORRES PINTO DE AQUINO

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA

FORTALEZA - CEARÁ
2013

FRANCISCA OZANIRA TORRES PINTO DE AQUINO

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção de Grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge

Área de Concentração: Política e Gestão em Serviços de Saúde

FORTALEZA - CEARÁ

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecária Responsável – Giordana Nascimento de Freitas CRB-3 / 1070

A657g Aquino, Francisca Ozanira Torres Pinto de
 Gestão da educação permanente no município de Fortaleza /
 Francisca Ozanira Torres Pinto de Aquino. – 2013.
 CD-ROM. 85f. : il. ; 4 ¾ pol.

 “CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho
acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7
mm)”.

 Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará,
Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado acadêmico em
Saúde pública, Fortaleza, 2013.

 Área de Concentração: Políticas e serviços de saúde.

 Orientação: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

 1. Educação permanente – Gestão – Fortaleza (CE). 2.
Sistema Municipal de Saúde. 3. Escola. 4. Rede integrada de
saúde. I. Título.

CDD: 614

FRANCISCA OZANIRA TORRES PINTO DE AQUINO

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção de Grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovação em: 26/11/2012

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.^a Dr.^a Ana Maria Fontenelle Catrib – 1º Membro
Universidade de Fortaleza - UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Vera Lucia de Azevedo Dantas – 2º Membro
Sistema Municipal de Saúde-Escola - SMS Fortaleza

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amores da minha vida, meu companheiro de uma vida inteira, Lourival Soares de Aquino, sempre junto compartilhando de todos os momentos nessa caminhada de 17 anos.

Meus filhos, Tomaz Antonio e Mariana, meus presentes de Deus, sempre pacientes e tentando compreender as minhas ausências e a minha paixão pelo SUS.

AGRADECIMENTO

Agradecer é sempre uma tarefa difícil, pois muitas vezes, em meio aos agradecimentos, nós nos esquecemos de alguma pessoa importante em nossa caminhada. De antemão gostaria de pedir perdão àqueles que, por ventura, eu esqueça neste momento; lembrando que a gratidão verdadeira não é aquela que se faz quando se escreve e sim aquela que se pratica. Obrigada amigos!

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela minha fé;

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge, pela oportunidade de aprendizagem, pela forma como me acolheu e me conduziu nessa nova caminhada da produção do conhecimento científico e por seu exemplo de responsabilidade e dedicação.

Agradeço a minha mãe Maria Torres (*in memoriam*) que com sua humildade e paixão pela vida e pelo próximo me ensinou a cuidar das pessoas com respeito. Com ela aprendi que a vida acontece em comunhão nas comunidades

Minha avó Ana Macêdo (*in memoriam*) e a minha tia mãe – Ozanira Macedo que com dedicação e afeto estiveram sempre junto nessa caminhada pela vida e nas conquistas que fui realizando ao longo de minha vida. Obrigada pela dedicação, carinho e afeto materno.

Aos companheiros e companheiras da Saúde mental, da Atenção Primária, da Terapia Comunitária, do Programa de residência Multiprofissional em Saúde da família e Comunidade, dos núcleos de apoio à saúde da família e do Sistema Municipal de Saúde que durante esses oito anos construíram com muito afeto, ideologia política e paixão pelo SUS, um modelo integral e humanizado de Saúde em Fortaleza. Seguiremos na luta pela vida e pelo SUS. A todos e todas com quem, durante esse período, trabalhei de forma direta e indireta, tenho muita gratidão e afeto por tudo que construímos juntos nessa caminhada.

Às Minhas amigas Amanda Frota, Danielle Moura, Juliana Donato e Raquel Celendonio pelo companheirismo e amizade nessa caminhada pela produção do conhecimento no campo da educação permanente.

À Vera Dantas que me ensinou com paixão e militância social a conhecer com dialogo, participação social e amorosidade a Educação permanente e a Educação Popular, caminho que quero continuar trilhando no SUS.

“Uma das tarefas políticas que devemos assumir é viabilizar os sonhos que parecem impossíveis. Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no sonho também um motor da História”

Paulo Freire.

RESUMO

A Política de Educação Permanente é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), instituída pela Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza instituiu através da Portaria nº 160/2006, publicado no DOM em 04/01/07 o Sistema Municipal de Saúde-Escola como estratégia de transformação das práticas de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde pautado na concepção de que no cotidiano do serviço e das práticas de trabalho, os processos de reflexão, aprendizagem e ação podem constituir uma nova *práxis* e alargar as margens de autonomia dos atores institucionais envolvidos. A Secretaria Municipal de Saúde assume, então, a responsabilização pela formação e educação permanente dos trabalhadores da área de saúde, o incentivo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Tecnológico dos sistemas e serviços de saúde da rede pública municipal contribuindo com a qualificação dos processos de trabalho desta secretaria. A partir da análise documental dos relatórios de gestão (2005-2011) e plano municipal (2006-2009/2010-2013) com o objetivo de compreender a gestão da educação permanente através das políticas, das estratégias, das ações existentes nos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, comparando com a Política e com as Diretrizes Nacionais de educação permanente. Os documentos analisados permitiram compreender a gestão da educação permanente e a organização dos processos de trabalho na implantação e implementação da Política Nacional e suas diretrizes no município de Fortaleza. Os resultados mostram a necessidade de consolidar a gestão da educação permanente em seus processos de trabalho relacionados à macro e à micropolíticas da Política Municipal de Educação Permanente no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde. O município necessita instituir a Política de educação Permanente como política de Estado na organização e sistematização dos processos de trabalho, fortalecendo a gestão da educação permanente no Município de Fortaleza.

Descritores: Educação permanente, sistema municipal de saúde-escola, gestão, rede integrada.

ABSTRACT

The Politics of Continuing Education is a strategy proposed by the Ministry of Health (MS), through the Labor and Education Management in Health Secretariat (SEGETES) created by the Decree No. 198/GM/MS published on February 13th 2004. The Municipal Health Secretariat of Fortaleza created by the Decree No. 160/2006, published on January 4th 2007 the Municipal Health School System as a strategy to transform healthcare practices, management practices, formulation of public policies, popular participation and social control in the health sector based on the idea that in the daily routine of the health services and also in the working practices, the processes of reflection, learning and action may constitute a new praxis and widen the autonomy margins of the institutional actors involved. The Municipal Health Secretariat therefore assumes the responsibility for the training and continuing education of healthcare workers, the incentive to research and to the technological development of public healthcare network's systems and services of the city contributing to the qualification of the work processes of the Health Secretariat. Through the documentary analysis of the management reports (2005-2011) as well as of the Municipal Management Plan (2006-2009/2010-2013) with the aim of understanding the management of continuing education through the analysis of the existing public policies, strategies, and actions in the official documents of the Municipal Health Secretariat, comparing them with the National Policy and also with the National Guidelines for continuing education. The documents analyzed allowed us to understand the management of continuing education and the organization of the work processes in the deployment and implementation of the National Policy and its guidelines to the city of Fortaleza. The results show the need to consolidate the management of continuing education in its working processes related to macro and micro Municipal Policy for continuing education in the area of labor management and of education in the healthcare area. Fortaleza needs to establish the Permanent Education Policy as a state policy in the organization and systematization of the work processes in order to strengthen the management of continuing education in the city.

Keywords: Continuing Education, Municipal Health School System, management, integrated network.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EP - Educação Permanente

GRUPSFE - Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem.

IES - Instituições de Ensino Superior

MS - Ministério da Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PT - Projeto Terapêutico

PTI - Projeto Terapêutico Individual

PTIN - Projeto Terapêutico Integral

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SGTES- Secretaria Gestão Trabalho e Educação na Saúde

SMSE- Sistema Municipal de Saúde-Escola

SUS - Sistema Único de Saúde

UECE - Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTAS DE FIGURAS

1	Mapa conceitual da Política de Educação Permanente. Fortaleza, 2012.....	27
2	Modelo do quadro para análise do material empírico.....	41
3	Mapa de Fortaleza.....	43
4	Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.....	46
5	Teia da cogestão da produção de saúde no Sistema Municipal de Saúde-Escola. Fonte: (CANUTO; ANDRADE, 2006).....	49
6	Mandala da Humanização do SUS de Fortaleza. Fonte: (ANDRADE, 2006).....	50
7	Espiral da Complexidade do Sistema Municipal de Saúde-Escola e o Matriciamento das Redes Assistenciais.....	57
8	Mapa conceitual do Sistema Municipal de Saúde-Escola. Fortaleza, 2012.....	62

LISTAS DE QUADROS

1	Dimensões da análise documental.....	39
2	Estabelecimentos de saúde do município de Fortaleza, por esfera administrativa, cadastrados no CNES – Fortaleza, 2009. Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.....	44
3	Serviços de atenção à saúde do município de Fortaleza. Fonte: relatório de gestão de 2009.....	44
4	Divisão geossanitária das IES de Fortaleza. Fonte: (FORTALEZA, 2008).....	59

SUMÁRIO

1. TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	15
1.1 Trajetórias do pesquisador.....	15
1.2 Contextualizações do objeto e o estado da arte.....	18
2 MARCOS TEÓRICOS-CONCEITUAL.....	26
2.1 Educação permanente como estratégia de gestão de coletivos.....	26
2.2 Processo de trabalho na produção da educação permanente em saúde.....	33
3. CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO E PROCEDIMENTOS.....	37
3.1 Tipo e natureza do estudo.....	37
3.2 Fontes de coletas de dados.....	38
3.3 Métodos de análise de dados.....	38
3.4 Questões éticas.....	41
4. GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM FORTALEZA.....	42
4.1 Gestão como sistematizadora do processo de educação permanente na saúde.....	42
4.2 Sistema Municipal de Saúde-Escola e o processo de trabalho.	51
5. CONCLUSÕES E DELIMITAÇÕES DO ESTUDO: DESAFIOS, PACTUAÇÕES E CONTRADIÇÕES DA CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO.....	63

REFERÊNCIAS.....	69
APENDICE A: QUADRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS E ANÁLISE DE GESTÃO.....	74
APÊNDICE B: CONCEITOS DOS COMPONENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA INTERFACE COM OS RELATÓRIOS DE GESTÃO.....	81
ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	85

1 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

1.1 Trajetórias do pesquisador

Há dez anos como profissional da saúde atuando nas políticas públicas de educação e saúde, tive a oportunidade de construir um caminho atuando na gestão, atenção, formação e participação popular voltado para a sistematização e a implantação dos processos de trabalho nas áreas de saúde mental e atenção primária. Durante esse período, sempre questioneei e refleti sobre a organização dos processos de trabalho nas Políticas Públicas no âmbito da gestão, sempre busquei correlacionar a prática com os conceitos teóricos nos quais embasei minha prática profissional. Em 2005 na implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Fortaleza, tive a oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos práticos e teóricos na Saúde Coletiva. Esse marco possibilitou o conhecimento teórico-prático e serviu de construção como gestora, profissional e pesquisadora do SUS atuando na gestão, atenção, formação e participação popular.

Na implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza, trabalhei na territorialização dessa rede, como também na implantação do 1º CAPS - AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas). Na saúde mental comunitária me encontrei com a leitura afetiva, reflexiva e amorosa de Paulo Freire, onde fui reconhecendo nessas leituras minha base teórica-prática para compreender o aprendizado baseado no cotidiano dos serviços.

O trabalho em que a teoria, a prática e tudo o que se faz intelectualmente se faz com a finalidade de compreender a realidade e, se possível, transformá-la. Esse é um trabalho que não se perde num jogo de ideias. (Freire, 2011.p. 26).

Como gestora regional de saúde mental por dois anos, implantando as primeiras equipes de matriciamento em Saúde Mental de Fortaleza, e também a organização da Rede de Cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária da Secretaria Executiva Regional II (SER-II), fui compreendendo o papel de construir uma rede intersetorial com integração da gestão com as áreas da atenção, formação

e participação social. A constituição de uma rede intersectorial na saúde tem como objetivo proporcionar ao cidadão meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre ela, através da promoção das seguintes condições e requisitos: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade.

A promoção dessa rede intersectorial inclui o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Em 2007, buscou-se a Especialização em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), com a finalidade de alicerçar e aprofundar os conceitos básicos das Políticas da Atenção Básica, Saúde Mental e Humanização. A especialização despertou ainda mais a minha curiosidade acerca da sistematização e organização dos processos da gestão com suas contradições no que as políticas nacionais descrevem e como elas eram implantadas e implementadas no município com instância executora das Políticas Públicas de Saúde de forma regionalizada e descentralizada.

Os processos formativos sempre foram fundamentais na minha caminhada como gestora do SUS, tanto como discente e docente sempre relacionando um aprendizado que envolvesse ensino-serviço-comunidade. Destaco como importantes nessa caminhada: a Saúde Mental Comunitária, a Terapia Comunitária, o Apoio Matricial na Atenção Básica, os Facilitadores em Educação Permanente, assim, também como sendo facilitadora da Política de Humanização em Fortaleza nas Secretarias Executivas Regionais II e VI. Essas experiências vivenciais nortearam uma aproximação dos conceitos teórico-práticos na organização e sistematização dos processos de gestão dos serviços na qual gerenciei na saúde mental e como coordenadora do programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade de Fortaleza.

Desde então, surgiu o interesse por metodologias ativas e pela organização dos processos de trabalho e suas fundamentações teóricas, com o objetivo de promover reflexões sobre o próprio processo de trabalho em saúde.

No final de 2007, iniciei o trabalho como preceptora da categoria de Terapia Ocupacional na 1ª turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em parceria com a UECE. No mesmo período, implantei as primeiras equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da SER - II. Nesse ínterim, iniciou-se uma aproximação com a pesquisa e com os processos de trabalho ensino-comunidade, construindo uma caminhada nos processos de Educação Permanente e sua relação com a gestão, a atenção, a formação e o controle social.

Nos processos de trabalho da preceptoria e também como coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade a pesquisadora buscou pela docência e pela pesquisa em serviço, na qual temas como Educação Permanente, Gestão do Trabalho, Interprofissionalidade, Educação Popular, Práticas Colaborativas, Metodologia Ativa, Didática do ensino superior, Pesquisa nos serviços de saúde e suas relações com a Política Nacional de Educação Permanente se fizeram presentes e despertaram um interesse em compreender a gestão da educação permanente e sua implantação no município de Fortaleza.

Com efeito, a essas conquistas na trajetória profissional, também participei como membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), onde atua em projetos de pesquisa, como o “Processo de Formação em saúde como estratégias de melhoria do Cuidado Interdisciplinar e Integral para o SUS”.

Em 2011, o ingresso no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) proporcionou-me iniciar um novo caminhar na sistematização das metodologias de aprendizagem, na docência e na pesquisa, discutindo a estruturação da produção do conhecimento.

Nesse mesmo período, com a coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, também como discente do mestrado acadêmico e participante do grupo de pesquisa GRUPSEF, emergiram os questionamentos acerca da Gestão da Educação Permanente.

O percurso metodológico da dissertação possibilitou uma aproximação com a análise documental, pois a intenção era aumentar a possibilidade de uma exploração mais aprofundada da temática. De lá para cá, as ideias foram maturando, possibilitando uma aproximação com o campo da pesquisa documental

Desse modo, interrogamos: Como se dá a Gestão da Educação Permanente do município de Fortaleza? Quais as ferramentas e estratégias de gestão utilizadas na Educação Permanente do município? Como se dão os fluxos da construção da Rede de Educação Permanente do município?

1.2 Contextualizações do objeto e o estado da arte

O caminho trilhado para a construção da Política de Educação Permanente no Brasil se inspira no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O processo de descentralização, municipalização e gestão setorial, as estratégias para a integralidade e participação popular demandaram e vêm demandando a formação dos trabalhadores contextualizada a cada instância de atuação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, essa construção de seu referencial tem como base a Constituição Federal de 1988, artigo 200, que no inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde. Nesse ínterim, diversos eventos foram também vivenciados e considerados: as Diretrizes Curriculares Nacionais para educação dos profissionais de nível técnico; a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde em 2003, o qual foi um dos primeiros exercícios da construção do conceito de Educação Permanente; a institucionalização dos Pactos pela Vida e de Gestão do SUS; a orientação para o planejamento do SUS; a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação

na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS) e a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2007).

Contextualizando, a Reforma Sanitária Brasileira é um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas, teóricas, técnicas e culturais (PAIM, 2005), apresentando no seu contexto histórico um projeto de reforma social concebida como uma reforma geral, e considerando como horizonte a constituição de um campo de saberes e práticas impulsionadas pelas necessidades sociais em saúde em conexão com as práticas profissionais, na qual um novo campo vai se construir na formação do profissional em saúde. Esse campo será constituído através de um pensamento crítico-reflexivo, interprofissional e de práticas colaborativas.

Este percurso demonstra que o campo da formação para a saúde e o campo da formação para o SUS vêm sendo construídos para orientar as estratégias dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, promovendo estratégias e modos de ensinar e aprender, integrando ensino, gestão, atenção e controle social para atuação no SUS (ANDRADE, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, lançada em 2004, apresenta uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, através da aprendizagem e da reflexão crítica sobre o trabalho e a resolubilidade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

A política de Educação Permanente é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), com a finalidade de promover mudanças no modelo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS) e impulsionar a integralidade da atenção à saúde; favorecendo a articulação intersetorial e, como principal foco, as necessidades sociais de saúde dos usuários.

A partir da criação da SGTES, em 2003, o Ministério da Saúde assumiu as políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a SGTES desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, constituindo novos perfis profissionais que correspondam às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2011b).

A gestão da educação dos trabalhadores nos níveis técnicos e superiores do SUS, a SGTES, abrange a formação e desenvolve um conjunto de ações voltadas para a elaboração de projetos de mudanças na graduação, pós-graduação e educação técnica promovendo mudanças nas práticas de formação na saúde e na construção da integralidade da atenção.

Entre os principais eixos estruturantes da política da SGTES de formação e desenvolvimento de recursos humanos para saúde, encontra-se a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), coordenada pelo departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A PNEPS garante a qualidade e resolutividade da atenção à saúde prestada à população, por meio da implantação da educação de trabalhadores do SUS. A condução regional da política é realizada pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, prevista no artigo 14 da Lei nº 8080/90 e na OB/RH - SUS. As CIES estão vinculadas às Comissões Intergestoras Regionais (CIRS) e devem elaborar os planos de ação regional de educação permanente em saúde coerente com os planos de saúde estadual e municipal da referida região, no que tange à educação na saúde.

Outras estratégias de mudanças da formação profissional adotada pelo departamento de gestão da educação na saúde vêm sendo implementadas buscando o aperfeiçoamento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde no nível superior, incluindo: pró-saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), pet-saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), revalidação de diplomas médicos, pró-residências (Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas), residências (Programa Nacional de Bolsas de Residência

Multiprofissional e em Áreas Profissionais da Saúde), UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) e o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), (BRASIL, 2011).

A formação de nível técnico em saúde requer algumas peculiaridades e pode-se considerar como estratégias para a formação destes profissionais o desenvolvimento do currículo integrado, a descentralização dos cursos, a articulação escola-serviço-comunidade, os espaços e os contextos de trabalho como *locus* privilegiado da formação, o ensino em serviço, a avaliação formativa e a construção de livros-texto para estes profissionais. Estas ações na formação técnica vêm sendo implementadas através do PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), PROFAPS (Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível médio da Área de Saúde) e do fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) (BRASIL, 2011).

A educação permanente é o conceito pedagógico no setor da saúde, sendo ampliada na reforma sanitária brasileira, para as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL, 2004). Ceccim e Ferla (2009) enfatizam que a educação permanente precisa ser compreendida como uma prática de ensino-aprendizado e como uma política de educação na saúde. Na prática de ensino-aprendizado a educação permanente operacionaliza-se a produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e as experiências como base da problematização e mudanças de práticas e saberes no SUS.

Adotando a educação permanente como política de educação na saúde o SUS vai incorporando inovações no Brasil para a consolidação da formação no e para o SUS, tais como: O conceito de saúde coletiva, a integralidade na condição de diretriz à saúde; participação popular como papel de controle social; políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área que buscam articulações interprofissionais entre o ensino, o trabalho e a cidadania. (CECCIM; FERLA, 2009).

As diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das comissões de integração ensino-serviço no anexo II conceituam a educação permanente e a sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e de desenvolvimento profissional, seja no âmbito nacional, regional estadual e municipal (BRASIL, 2006).

A Educação Permanente (EP) é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A EP pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de EP em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2006, p. 20).

Encontramos na literatura pesquisada que a educação permanente vai se configurando na relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional, constituindo uma cadeia progressiva de cuidado à saúde, rompendo com um sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, articulando com as redes de atenção à saúde a produção de novos conhecimentos e práticas na gestão, na formação, na atenção e no controle social.

Na educação, Moacir Gadotti (1988) discute a educação permanente no campo da fenomenologia, da hermenêutica e da filosofia, constituindo uma área refletiva da ação do homem como educador que toma o ato educativo, como um ato político.

A palavra essencial (logos) da Educação Permanente nos diz que o Homem jamais se termina homem. Há certamente a afirmação radical de que o homem tem necessidades de uma educação permanente, porque está sempre sendo homem. Essa descoberta em suas origens representava para o homem uma grande esperança [...]. A educação permanente é um conceito, englobando a formação total do homem e, conseqüentemente, um processo que se desenvolve enquanto durar a vida (GADOTTI, 1987, p. 68).

Na perspectiva da educação Freiriana vai se constituir como práxis na interação necessária entre prática e teoria. A educação é também dialógico-dialética, porque é uma relação entre educando, educador e mundo. O impulso que leva o ser

humano à educação ontológica decorre de sua própria natureza. A educação vai se fundamentando da relação entre a dimensão política e a dimensão gnosiológica; da relação pedagógica, na qual a prática precede e se constituiu como princípio fundante da teoria. Desse modo, considera que "é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente..." (FREIRE, 2011, p. 64).

Para Freire (1997) em síntese, a educação popular é norteadada para a transformação da sociedade e estabelece que se parta do contexto vivido para se chegar ao contexto teórico, o que requer a curiosidade epistemológica, a problematização, a rigorosidade, a criatividade, o diálogo, a vivência da práxis e o protagonismo dos sujeitos.

Na saúde, a educação popular implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, tomando como ferramentas a participação dos atores populares impulsionando movimentos voltados para a promoção e a participação social nos processos de formulações e gestão das políticas públicas de saúde na efetivação das diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 2007).

A qualificação dos trabalhadores de saúde deve estar relacionada às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS, articulando as necessidades dos serviços de saúde, promovendo a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2006).

A construção e organização de uma gestão da educação integrada com a gestão do SUS, tendo como componentes o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, contribuindo na qualidade da saúde da população, assim como na formação dos profissionais, considerando os aspectos: epidemiológicos do processo saúde-doença; organização setorial e a estruturação do cuidado, torna-se o grande desafio para o fortalecimento da Política de Educação Permanente.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas, éticas e usuárias. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50).

O processo de transformação na educação permanente decorre de uma longa construção histórico-social. O modelo hegemônico do campo das práticas, enquanto campo de aplicação de conhecimento especializado, como continuidade da lógica dos currículos universitários, onde produz aquisições de conhecimento e que reflete uma distância entre a prática e o saber, desconexão do saber como solução dos problemas práticos. Um novo paradigma inverte a lógica do processo, incorpora as práticas sociais e laborais no contexto real em que ocorrem os processos produtivos de trabalho. A prática é fonte de conhecimento e da problematização do próprio saber, as ações e os espaços educativos estão dentro das organizações, na comunidade, nas associações e nos territórios vivos, nas relações entre a gestão, o trabalhador, as instituições de ensino superior e técnico e a participação popular.

Para a análise da produção de conhecimento acerca da referida temática procedeu-se a revisão de artigos científicos publicados. Nesse sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, utilizando-se os descritores: “educação na saúde”, “gestão da educação permanente” e “educação permanente”. Foram identificados 59 artigos, sendo 10 na base de dados Medline e 49 na base de dados Lilacs. Finalizando o levantamento, nova busca foi realizada a partir do método integrado na BVS, utilizando-se a expressão “gestão da educação permanente”. Por meio desta pesquisa, foram identificados 17 artigos. Na seleção dos artigos, obedeceu-se ao recorte temporal compreendido entre 2005 e 2012. Assim, excluíram-se 42 artigos do total de 59, identificados nas diferentes bases por não tratar especificamente da temática. O último acesso foi em setembro de 2012.

Diante do exposto, tomar-se-á como definição para a análise da gestão municipal de educação permanente no estudo a noção de educação permanente como estratégia de gestão de coletivos. O mesmo conceberá a centralidade no modelo integral de gestão e no olhar ampliado sobre suas necessidades, a dimensão

organizacional (práticas gerenciais e organização da rede), a dimensão formativa (práticas de formação e produção do conhecimento no serviço) e na singularidade dos atores envolvidos no processo (gestores/ trabalhadores/instituições de ensino superior e técnico) e assim serão exploradas as possibilidades da gestão municipal de educação permanente na coprodução de ações de saúde resolutivas, uma vez que estes podem e devem funcionar como dispositivos capazes de gerarem autorreflexão sobre as práticas de saúde na produção de conhecimentos interprofissionais, interdisciplinares, intersetoriais e multiprofissionais.

Diante do contexto, definiu-se o objetivo principal da pesquisa que foi compreender as políticas, as estratégias e as ações existentes nos documentos oficiais da secretaria municipal de saúde de Fortaleza (2005-2012), comparando com as diretrizes nacionais de educação permanente na saúde e seus desdobramentos: Analisar os documentos oficiais sobre as políticas de educação permanente comparando com os relatórios de gestão e planos municipais; identificar como o sistema municipal de saúde-escola organiza, planeja e executa ações de educação permanente na saúde comparando com as diretrizes nacionais de educação permanente na saúde; descrever as ferramentas e as estratégias da política nacional de educação permanente no SMSE, articulando com as ações das diretrizes nacionais.

2 MARCOS TEÓRICO- CONCEITUAL

2.1 Educação permanente como estratégia de gestão de coletivos

A gestão do Sistema Único de Saúde deve ser estratégica e participativa. Estratégica, porque deve ser capaz de adotar mecanismos permanentes de regulação, controle, acompanhamento, monitoramento e avaliação, garantindo fiscalização e auditoria. Participativa, porque requer decisões compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. (BRASIL, 2007c, p. 28).

O pacto de gestão do SUS prevê o avanço na implementação da Política Nacional de Educação Permanente, por meio do fortalecimento de vínculos entre a formação dos profissionais da saúde, a atenção oferecida à população, a gestão participativa e o controle social. Assim, a educação permanente é considerada parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para qualificação do SUS e compete a adoção de diferentes metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem significativa (BRASIL, 2007c, p. 39).

A responsabilidade sanitária dos municípios na gestão da educação permanente é de formular e promover processos relativos à educação permanente, orientada pela integralidade da atenção à saúde, criando estruturas de coordenação e de execução de políticas de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento, apoiando e promovendo a aproximação dos movimentos de educação popular na formação dos profissionais de saúde em consonância com as necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2006b, p.49).

A portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente considera que é papel da gestão interfederativa o fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção individual e coletiva, formulando e executando políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os

componentes de gestão, atenção e participação popular como o componente de educação dos profissionais da saúde. (ANDRADE *et al.* 2007, p. 877).

A Política Nacional de Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. Configura-se de forma conceitual, conforme a figura abaixo:

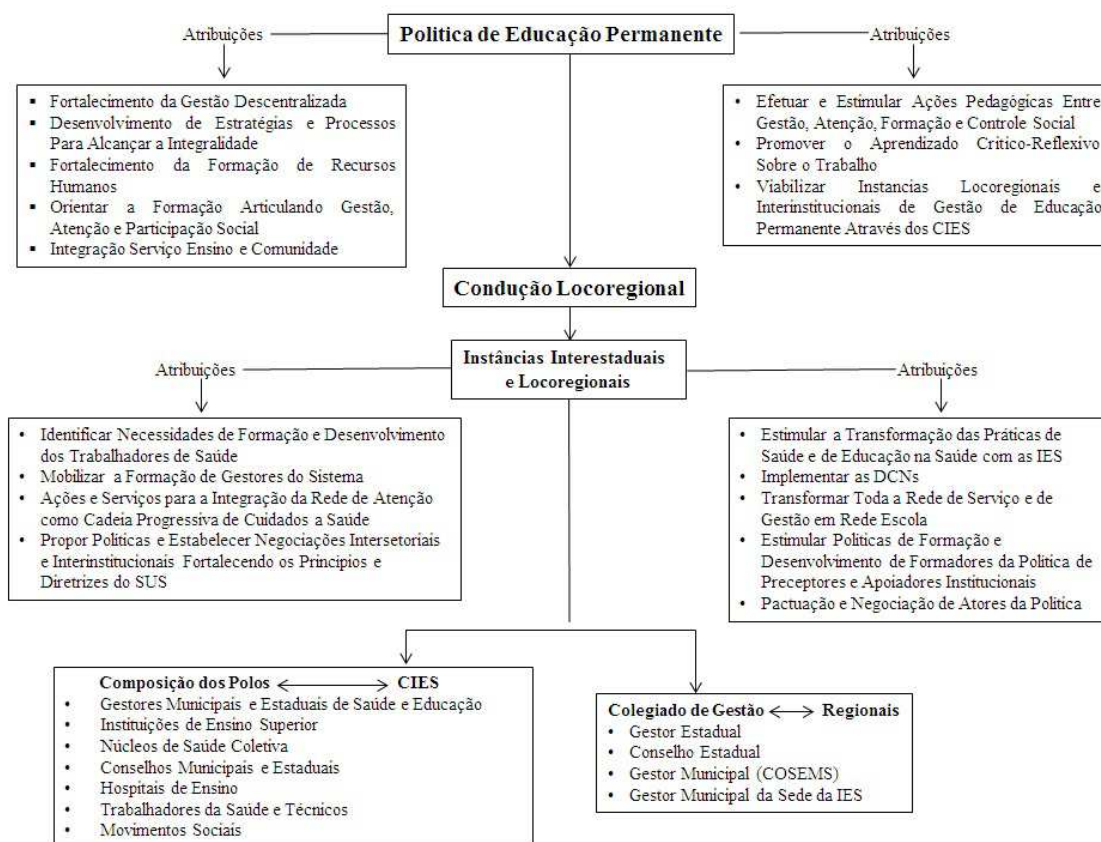


FIGURA 1 – Mapa conceitual da Política de Educação Permanente. Fortaleza, 2012

A Política Nacional de Educação Permanente orienta a organização e a sistematização dos processos de trabalho na implantação da gestão da educação permanente no âmbito estadual e municipal, divide as atribuições gerais para implantação e implementação da educação permanente, assim como, as atribuições na condução locoregional e suas composições para efetivar a gestão da educação permanente envolvendo a gestão, a atenção, a formação e o controle social

Os polos de educação permanente têm um importante papel na sistematização da Política Nacional de Educação Permanente, pois construiu espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, estabelecendo o diálogo e a negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras.

Coube a esses polos de educação permanente o fortalecimento da diretriz constitucional de fortalecer integralidade da atenção à saúde. A integralidade compreendida na atenção e formação, envolvendo: o conceito ampliado de saúde; a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (BRASIL, 2004b, p. 12).

A Portaria nº 1996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde, define novas diretrizes e estratégias para implementação da política adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do pacto pela saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em saúde deve considerar as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009c, p. 8).

Nessa portaria que define as diretrizes para a implementação da política fortalecer a condução regional se dão por meio dos colegiados de gestão regional, com participação das comissões permanentes de integração ensino-serviço (CIES). As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em saúde, prevista no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH- SUS (BRASIL, 2009c, p. 9).

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são instâncias de pactuações permanentes e cogestões solidárias e cooperativas, formadas pelos gestores, municipais de saúde do conjunto de

municípios de uma determinada região de saúde e por representantes dos gestores estaduais. Os CGR considerando as especificidades locais da Política Nacional de Educação Permanente em saúde nas três esferas de gestão elaboram um plano de ação regional de educação permanente, coerente com os planos de saúde estadual e municipal da referida região. Esse colegiado, institui e defini as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos termos de compromissos e os planos de saúde dos entes federados participantes (BRASIL, 2009c, p. 9).

As diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde apresentam em seu arcabouço definições, atribuições legais e conceituais e os critérios de alocação de recursos. O que ela traz de renovação e mudança na estruturação e sistematização da gestão da educação permanente está relacionado às definições e à atribuição das comissões permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), colegiados de gestão regional e conselhos estaduais, além de definir com mais clareza as pactuações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os desenhos organizativos a partir das políticas e diretrizes para a implantação e fortalecimento da estratégia de educação permanente ajuda a compreender as ações de intervenções das redes de atenção à saúde nos seus aspectos tecnoassistenciais. Os aspectos tecnoassistenciais que caracterizam a organização dos serviços, da rede, da gestão dos serviços, correspondendo aos processos de adoecimentos e de cuidados de acordo com as necessidades específicas de uma determinada rede de atenção locorregional. (CAMPOS, 2003, p.106).

Portanto, para compreensão da organização e sistematização da gestão da educação permanente, se faz necessário, compreender a dinâmica de funcionamento das redes de atenção e como essas redes se articulam com as necessidades de saúde de acordo com os aspectos epidemiológicos, culturais, sociodemográficos e psicossociais, que tornam a saúde uma questão de vida.

Quando se refere aos desenhos tecnoassistenciais busca a análise de um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégias institucionais para atenção à saúde das pessoas e das populações e

para a gestão das ações e dos sistemas de saúde. Pode-se construir novas práticas de cuidar, do tratar ou de escutar, envolvendo os aspectos assistenciais relacionados à trajetória dos atos terapêuticos, às histórias das ações de saúde e aos movimentos de disponibilização ou incorporações para o uso social de se promover sua integralidade do cuidado (FEURWERKER, 2005).

Historicamente a construção do movimento da reforma brasileira e a consolidação do SUS vêm lutando pela difusão dos desenhos tecnoassistenciais que incorporam outras opções ideológicas, tecnológicas e organizacionais na construção do sistema de saúde. Durante esse período foram sendo implementados no SUS: ações programáticas ou programação em saúde; sistemas locais de saúde (SILOS); cidades saudáveis e movimentos em defesa da vida (CECÍLIO, 1997).

Há consenso teórico-conceitual nas leituras da política e das diretrizes da educação permanente em saúde e nos desenhos tecnoassistenciais na organização dos serviços de saúde, quando analisamos esses eixos para formulação da gestão da educação permanente em saúde: compreensão das necessidades de saúde identificando o problema de saúde de maneira ampla, por meio de uma sistematização da problematização das situações que interferem nos processos de adoecimento, considerando os aspectos epidemiológicos, a organização da gestão setorial e a estruturação do cuidado; reorganização das práticas de saúde privilegiando uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, articulando a compreensão da saúde e dos processos de adoecimento em seus aspectos individuais e coletivos; a ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, que devem ser compreendidos nos seus aspectos biológicos e psicossociais; desenvolvimento de ações que articulam a promoção, a prevenção dos agravos, a cura e a recuperação com foco em uma abordagem da integralidade do cuidado; a revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, a partir do reconhecimento da complexidade da atenção básica em suas relações com a população e seus problemas sanitários, articulando com uma rede integral de cuidados; e gestão democrática e participativa, tendo em vista a horizontalização dos fluxogramas e a construção de instâncias coletivas de gestão, articulando a integralidade do cuidado, constituindo uma rede de cuidados progressivos.

A gestão da educação permanente constitui-se em grandes desafios. Ainda são incipientes os mecanismos que favorecem a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais. Torna-se necessário abrir reflexões sobre os processos instalados nas instituições de saúde como exercícios de governos que operam como mecanismos instituintes no cotidiano em um dado modo de gerir o conjunto de cuidados progressivo em rede de cuidados, definindo desenhos tecnoassistenciais que promovam a integralidade do cuidado (MERHY, 2007).

Ainda são incipientes os mecanismos que favorecem o fortalecimento da gestão da educação permanente nas instâncias formais de pactuações entre gestores (comissões intergestoras), de participação de trabalhadores (mesa de negociações) e de participação popular. Os debates nessas instâncias dedicam-se aos debates da organização e do financiamento do que ao debate sobre a organização da atenção (BRASIL; CONASS, 2011).

As tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação e está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 2007, p. 99).

A Constituição Federal de 1988 (Art. 198), as ações e os serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização da atenção, com direção única em cada esfera de governo. (ANDRADE *et al.*, 2007). Ou seja, as ações e serviços de saúde devem ter uma direção descentralizada, pautada pela integralidade e estar sob o interesse dos usuários, constituindo uma rede de cuidados progressivos, comportando-se como uma rede única.

A regionalização significa garantia de acessibilidade, dispor de todos os serviços de que se necessita o mais próximo de onde se vive; e a hierarquização significa garantia de complementariedade entre os serviços. Esses aspectos expressam diferentes desenhos organizativos da atenção, inclusive seu entendimento ao significado de “Rede de cuidados à saúde” e de sistema de referência e contra-referência. O conjunto da rede de serviços de saúde precisa incorporar as noções de cuidado e integralidade.

As orientações e diretrizes para operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, explicitam a construção da cadeia progressiva à saúde na rede SUS.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2004b, p. 49).

A gestão da educação permanente na lógica de uma cadeia de cuidados progressivo configura-se uma estratégia organizacional dos serviços de saúde, implicando em uma rede onde temos como diretrizes a acessibilidade, a resolutividade e preservação da autonomia, o direito à informação e à divulgação da informação, a responsabilidade, a regionalização e hierarquização, mediada pelas concepções das rodas de gestão. A noção da roda serve para provocar um movimento de relativização dos funciogramas e fluxogramas piramidais e das estruturas ou lógicas verticais de organização do trabalho.

Segundo Campos (2000), o método da roda propõe a construção de arranjos voltados para ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores, construído de espaços coletivos que estimulem e facilitem a participação de outros agentes que não apenas aqueles com função de direção, que favoreça um sistema participativo, um sistema de cogestão em que vários autores e outros tipos de arranjos institucionais promovam a construção de uma subjetivação capaz de integrar desejos e interesses dos distintos sujeitos nos coletivos organizados de produção e saberes e práticas na saúde.

Na organização dos serviços de saúde operam campos de tensionamentos na estruturação das práticas de saúde, tais como: o território das práticas de saúde espaços de múltiplas disputas do controle social e das pactuações políticas; a produção de atos de saúde, espaço de trabalho vivo; e a organização de saúde como espaços de intervenção de diferentes atores (MERHY, 2007).

A gestão da educação permanente possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. O foco são os processos de trabalho, envolvendo a gestão, a formação, a atenção e o controle social, seu alvo são as equipes, seu local de intervenção são os coletivos, favorecendo inovações e mudanças das concepções e práticas de saúde, como estratégia indispensável para construção do SUS que queremos.

2.2 Processo de trabalho na produção da educação permanente em saúde

No final da década de 1960, muitos estudos foram iniciados no Brasil e na América Latina com usuários referentes às políticas e à estruturação da assistência, que derivaram em muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde. Os estudos sobre a profissão médica, mercado de trabalho como prática técnica e social, utilizando-se de referências teóricas e estudos sociológicos, tornou-se importante referência para o estudo do campo da saúde, na qual esses estudos se expandiram para constituir os conceitos de força do trabalho em saúde e processos de trabalho em saúde foram introduzidos no SUS por Maria Cecília Ferro Donnagelo (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

O conceito de processo de trabalho em saúde foi formulado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Dannangelo (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Estudou a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, enfatizando as categorias de análise de três elementos componentes do processo de trabalho, são: as atividades adequadas a um fim (próprio trabalho), o objeto de trabalho (matéria que se aplica ao trabalho) e os instrumentos de trabalho e meios de trabalho (GONÇALVES, 1992, p. 2).

O conceito de processo de trabalho em saúde definiu-se como a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, onde o trabalhador de saúde inserido no cotidiano da produção de consumo de serviços de saúde, de acordo com a necessidade de saúde, provoca transformação efetivada pelo trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 323).

De acordo com Peduzzi e Schraibero (2009) trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade que imprime ao trabalho.

Ainda de acordo com Peduzzi e Schraiber (2009) o processo de trabalho é utilizado atualmente nos estudos das diferentes áreas específicas que compõem a saúde. Nas pesquisas e intervenções são utilizados sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe e cuidados em saúde, abordando aspectos estruturais e relacionais aos processos de trabalho em saúde, abordando as mudanças do mundo do trabalho.

Dando continuidade à discussão sobre processo de trabalho, produção do cuidado e suas tecnologias estabeleceram-se três categorias para a tecnologia de trabalho em saúde. Definiram-se como “tecnologia dura” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas para a produção de certos produtos; as ‘leves duras’ referem-se ao conhecimento técnico, por terem uma parte dura que é a técnica, e uma leve, que é o modo próprio como trabalhador a aplica, assumindo diferentes formas, dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário. E a outra, terceira categoria, seria as tecnologias leves, dizem respeito às relações, que são fundamentais para a produção do cuidado e referem-se a um jeito próprio dos profissionais vincularem ao campo de cuidado. A tecnologia leve é considerada tecnologia porque dizem respeito às competências que os profissionais de saúde lidam com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos do cuidado. As três tecnologias auxiliam no entendimento sobre a organização do processo de trabalho, influenciando no modo de organizar o cuidado de acordo com as necessidades de saúde do usuário, construindo uma rede progressiva de cuidados na saúde (MERHY, 2007, p. 46-47).

A compreensão da Educação Permanente como estratégia de gestão, atenção, formação e controle social na consolidação dos processos de trabalho no SUS, torna-se relevante na formação dos profissionais para o SUS, estando relacionada com os atos de cuidar como a alma da organização dos serviços de saúde, assim, a dimensão cuidadora da produção em saúde, influencia diretamente

na gestão, nos modelos de atenção, nas competências dos núcleos profissionais, na produção dos modelos de atenção e na organização do controle social.

Tratar de questões relativas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não é uma tarefa fácil, particularmente quando se propõe a desenvolver esse tema com foco nos processos de trabalho. Entretanto, com muita frequência na gestão e na organização dos serviços de saúde percebe-se a dificuldade em contar com profissionais com perfis adequados e com compreensão de suas competências tecnoassistenciais para exercer suas funções de acordo com os princípios e diretrizes do SUS com a necessidade de saúde e de suas responsabilidades sanitárias nas redes de atenção à saúde.

As questões levantadas relacionadas à gestão e à formação no SUS, tendo a Educação Permanente como política estratégica por meio de ações integradas na gestão de pessoas e na formação de profissionais articulando políticas específicas, intersetoriais e interprofissionais na qualificação e desenvolvimento, integrando as macropolíticas e micropolíticas não podem ser resolvidas por meio de processos de trabalho isolados sem promover interface com a gestão, a atenção, a formação e o controle social.

Um sistema de gestão deve oferecer proposta de transformação da prática profissional, baseada na crítica sobre o trabalho em saúde e na experiência da alteridade do usuário. A prática cotidiana das relações nas organizações da gestão setorial e da estruturação do cuidado à saúde, deve implantar o aprender e o ensinar estimulando a formação para o SUS, desenvolvendo condições de atenção à saúde de acordo com as necessidades das pessoas e das populações, da gestão e do controle social redimensionando a promoção da autonomia das pessoas até a condição de influência nas formulações de políticas de cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Um problema tradicional, frequentemente referido ao funcionamento da organização dos processos de trabalho na saúde é a fragmentação das ações: área administrativa separada da área técnica, planejamento separado da assistência, formação superior e técnica focalizada nas disciplinas sem foco na Interprofissionalidade e nas práticas colaborativas e o distanciamento das práticas

de participação popular nas decisões da macropolítica e da micropolítica, dificultando o fortalecimento da integralidade nas ações de gestão, atenção, formação e controle social.

A integralidade como princípio do SUS volta-se para a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, buscando atender às necessidades dos usuários/população ampliar a clínica no contexto dos determinantes sociais na saúde, contribuindo para a reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde (SILVA; PEDUZZI, 2011, p. 1022).

A Educação Permanente permite revelar nos processos de trabalho a complexidade e a articulação dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que para serem propostas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema de saúde de forma intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interprofissional. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, para que os recursos necessários para organização dos processos de trabalho possam ser mobilizados para enfrentar os desafios de construir uma rede de atenção integrada.

A análise do processo de trabalho em saúde é necessidade comum para o entendimento do modo de cuidar das pessoas. Nessa iniciativa, é necessária a compreensão dos núcleos de intervenções tecnológicas (duras, leve-duras e leves), já que permitem processos singulares de reestruturação significativa do setor de saúde, em que, as tecnologias leves ocupam o espaço central (MERHY, 2002).

Portanto, os processos de trabalho relacionados à gestão da educação permanente envolvem um conhecimento interprofissional e de práticas colaborativas, desenvolvendo novas tecnologias de ações que possam proporcionar a sistematização dessa gestão, tendo como base a regionalização, descentralização e a integralidade na constituição de uma rede progressiva de cuidados envolvendo ensino-serviço-comunidade, envolvendo a gestão, atenção, formação e controle social.

3 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO E PROCEDIMENTOS

3.1 Tipo e natureza do estudo

O estudo é de natureza qualitativa, com abordagem hermenêutica numa perspectiva crítica, onde por meio desta opção, conforme sinaliza Minayo (2008), pode-se dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Demo (1989), também reconhece a existência de uma relação entre o pesquisador e o objeto de estudo, ou seja, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, estabelecida de maneira interpretativa, sem neutralidade. O sujeito é parte do processo. Sujeito-observador que atribui significado aos fenômenos que interpreta. O objeto é construído, ou seja, é significado na relação direta entre ele e o sujeito, a partir de uma problematização.

A construção do estudo exige a utilização de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilite a investigação científica do objeto de pesquisa indagado. A realidade do campo social requisita um manejo mais sensível às várias condições e/ou situações cristalizadas e/ou dinâmicas pela natureza processual e produtiva.

Este trabalho demarca a análise em pesquisa qualitativa para o campo da saúde que demanda um saber interdisciplinar, com partes de saberes teóricos e práticos sobre o processo de trabalho da gestão da educação permanente e as políticas e diretrizes nacionais de educação permanente (ASSIS; JORGE, 2010).

Para tal, foi realizado um estudo documental, que se caracteriza pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, ou seja, fontes primárias, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação. O trabalho do pesquisador requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (OLIVERIA, 2007).

3.2 Fontes de coletas de dados

É importante destacar aqui que o conceito de documento ultrapassa a ideia de textos escritos e/ou impressos. O documento como fonte de pesquisa pode ser escrito e não escrito, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e de esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO, 2007).

Os documentos levam em consideração sua relevância no funcionamento do sistema de planejamento do SUS, que tem como base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos: plano de saúde e as respectivas programações anuais de saúde e o relatório anual de gestão. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. O relatório anual de gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da programação anual de saúde (BRASIL, 2008).

Os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam à mediação entre o marco teórico-metodológico e a realidade empírica (MINAYO, 2008). Os documentos oficiais inseridos na pesquisa foram: planos municipais, sendo um do período 2005-2009 e o outro do período 2009-2013, relatório de gestão geral do município, os relatórios de gestão do Sistema Municipal de Saúde-Escola (APÊNDICE A). Os documentos foram escolhidos intencionalmente, para possibilitar a compreensão de diversos aspectos relacionados com a prática da Educação Permanente.

3.3 Métodos de análises de dados

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, o investigador deve interpretá-los,

sintetizar as informações e determinar tendências. É importante destacar que os documentos não existem isoladamente, mas precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Durante a preparação dos documentos, Cellard (2008) aponta a necessidade de uma avaliação preliminar. Tal avaliação constituiu a primeira etapa da análise documental e se configurou em cinco dimensões, que são apresentadas no quadro I, a seguir:

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Contexto	Avaliar o contexto histórico no qual foi produzido o documento, conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a produção de um determinado documento.
Autores	Ter previamente uma boa identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever.
Autenticidade e a confiabilidade do texto	Assegurar-se da qualidade da informação transmitida, e verificar a procedência do documento.
Natureza do texto	A abertura do autor, os subentendidos, a estrutura de um texto pode variar enormemente, conforme o contexto no qual ele é redigido.
Conceitos-chave e lógica interna do texto	Atenção aos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são empregados. É útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto.

Fonte: (CELLARD, 2008; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

QUADRO 1 - Dimensões da análise documental

Feito a seleção e a análise preliminar dos documentos, procedeu-se a análise do material empírico, que se desenvolveu através da discussão que os temas e os dados suscitaram.

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise crítico-reflexiva com base em Minayo (2008), e realizou-se através das três etapas básicas estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis *et al.* (1998): ordenação, classificação e análise final dos dados.

I. Ordenação dos dados

O primeiro momento foi o da ordenação que englobou a leitura e releitura do material; organização dos conteúdos dos documentos relativos aos objetivos da pesquisa, e se configurou em 09 documentos, que envolveram planos de saúde, relatórios de gestão e relatórios do SMSE, conforme descritos no Apêndice A e B.

II. Classificação dos dados

Nesse momento realizou-se a leitura horizontal e exaustiva dos textos. Essa etapa inicial de contato com o material de campo exige uma leitura dos documentos individualmente, anotando-se as primeiras impressões, iniciando-se, assim, a busca de coerência interna das informações.

O segundo momento foi o da leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. O processo é do recorte de cada discurso em “núcleo de sentido”, por “estruturas de relevância”, por “tópicos de informação” ou por “temas”. No processo classificatório, separam-se os temas, as categorias ou núcleos de sentido, colocando as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas, e guardando-as em códigos ou gavetas. As múltiplas gavetas são reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora.

III. Análise final dos dados

Para a análise dos documentos foram agregados os temas convergentes, divergentes, complementares e diferentes. Apresentando aos leitores um quadro complexo de respostas voltadas para esclarecer a lógica interna sobre o tema escolhido. A seguir é apresentada a figura 2, acerca dos passos percorridos nesta análise:

4 GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM FORTALEZA

4.1 Gestão como sistematizadora do processo de educação permanente na saúde

Os documentos analisados neste estudo são documentos referentes à gestão da Educação Permanente do município de Fortaleza, no período de 2006 à 2010, são eles: planos municipais e relatórios de gestão do município e do sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE).

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga; e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú. Fortaleza é hoje a quinta maior cidade do país com população estimada de 2.505.554 habitantes. (BRASIL, IBGE, 2009). Destes, 53,2% são do sexo feminino e 46,8% são do sexo masculino. Apesar de ter população predominantemente jovem, essa situação vem mudando com o aumento progressivo da população idosa (FORTALEZA, PLANO MUNICIPAL, 2010).

A organização administrativa do município, ilustrada a seguir, está dividida em seis Secretarias Executivas Regionais – SER, que têm como competência prestar serviços municipais e executar, no âmbito de suas respectivas jurisdições, as políticas públicas definidas pelos órgãos municipais, visando à melhoria da qualidade de vida da população de Fortaleza (FORTALEZA, PLANO MUNICIPAL, 2010).

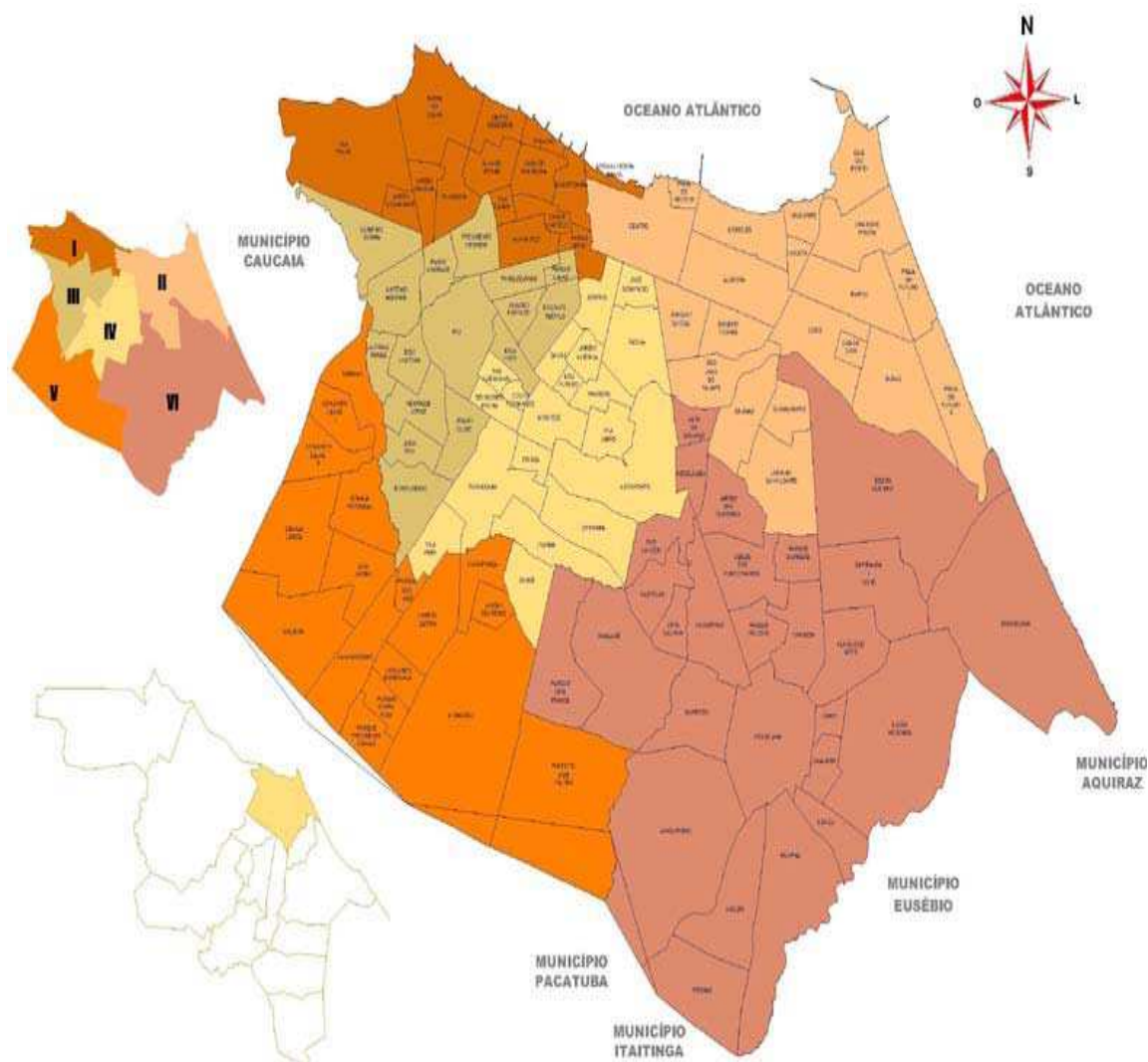


FIGURA 3 – Mapa de Fortaleza

As SERs funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais, dispondo cada uma dos seguintes Distritos: saúde, educação, meio ambiente, finanças, assistência social e infraestrutura. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a Política Municipal de Saúde é executada pelas seis SERs, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O município de Fortaleza dispõe de 3.418 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Destes, 155 são públicos (4,50%) e 3.261 são de esfera administrativa privada (95,50%). Com efeito, a cidade de Fortaleza tem por esfera administrativa, os seguintes números de estabelecimentos, de acordo com o quadro abaixo.

Esfera administrativa	Quantidade
Federal	5
Estadual	25
Municipal	127
Privada	3261
Total	3.418

QUADRO 2 – Estabelecimentos de saúde do município de Fortaleza, por esfera administrativa, cadastrados no CNES – Fortaleza, 2009. Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

A rede usuária de saúde de Fortaleza é composta pelos seguintes tipos de unidade de saúde de acordo com quadro abaixo:

Quantidade	Tipo de unidade de saúde	Especificações
92	Centros de Saúde da Família (CSF)	320 equipes da estratégia de saúde da família
14	Centros de atenção psicossocial	6 CAPS - GERAIS 6 CAPS - AD 2CAPS-INFANTIL
1	Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral	Santa casa de misericórdia
8	Hospitais Distritais - urgência e emergência Materno-infantil	Gonzaguinha e Frotinhas
1	Hospital de urgência e emergência de alta complexidade	Instituto Dr. José Frota
1	Centro de Especialidades Médicas	CEMJA- Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
1	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	04 Ambulância UTI 18 unidades de suporte de usuário
2	CEOs - Centro de Especialidades Odontológicas	CEO-Floresta- SERI CEO - Messejana- SERVI
1	Residência Terapêutica	Álvaro Weune- SERI
4	Ocas Comunitária	Bom Jardim - SERV, Pirambu - SER I, Conj. São Cristóvão - SERVI, Espaço EKOBE-SER IV

QUADRO 3 – Serviços de atenção à saúde do município de Fortaleza. Fonte relatório de gestão de 2009

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza adotou o conceito de saúde como um objeto complexo, produzido socialmente, cuja construção requer uma “abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, com foco no modelo integral à saúde. (FORTALEZA, 2005, p.29).

O modelo integral trabalha na perspectiva do princípio da integralidade, na qual sua organização é feita através das redes assistenciais de saúde, orientando a cadeia de cuidados progressivos à saúde, como também o desenvolvimento de estratégias no campo da promoção à saúde.

A integralidade à saúde é um dos princípios do SUS que norteia a organização e a gestão do sistema. É sob o olhar da integralidade que o ser humano é compreendido em sua totalidade e em interação holística com o planeta Terra e, mais proximamente, com o território “vivo” onde reside. A integralidade orienta a cadeia de cuidados progressivos à saúde, como também, o desenvolvimento de estratégias no campo da saúde. (FORTALEZA, RELATÓRIO, 2005, p. 29).

A organização do modelo de atenção integral à saúde adotado pelo município de Fortaleza estabelece um novo processo de trabalho no campo da gestão, da assistência, do ensino e da pesquisa em saúde, sendo construído por meio de ferramentas como: “a articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional; o diálogo; a mediação de conflitos; os mecanismos de cogestão democrática e participativa; a problematização para a identificação das necessidades em saúde e construção de práticas sanitárias; o planejamento participativo local; a territorialização em saúde; a adscrição da clientela; o cadastramento familiar; a referência e contra-referência baseada na ideia da complementaridade da atenção; a mobilização, a participação e o controle social orientado pelos princípios da autonomia dos sujeitos” (FORTALEZA; PLANO MUNICIPAL, 2006).

Nesse sentido, o relatório de 2005 traz a ideia de rede assistencial do modelo de gestão integral à saúde, tendo em seus arranjos organizativos as ações e os serviços de saúde que unificados por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão garantem a integralidade do cuidado em redes.

O conceito de rede é estabelecer um diálogo construtivo com outras áreas do conhecimento, como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde e, ainda potencializar a organização e o funcionamento do modelo de atenção integral à saúde (FORTALEZA, 2006, p.31).

O modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza é organizado por meio de arranjos organizacionais em cinco Redes Assistenciais (RA), são elas: Rede de Assistência da ESF; Atenção Especializada; Urgência e Emergência; Hospitalar e saúde mental. Compõe-se, ainda, pelo desenvolvimento da Inteligência Epidemiológica (IE) e da Inteligência de Gestão (IG) para tomada de decisão (FORTALEZA; PLANO MUNICIPAL, 2006).

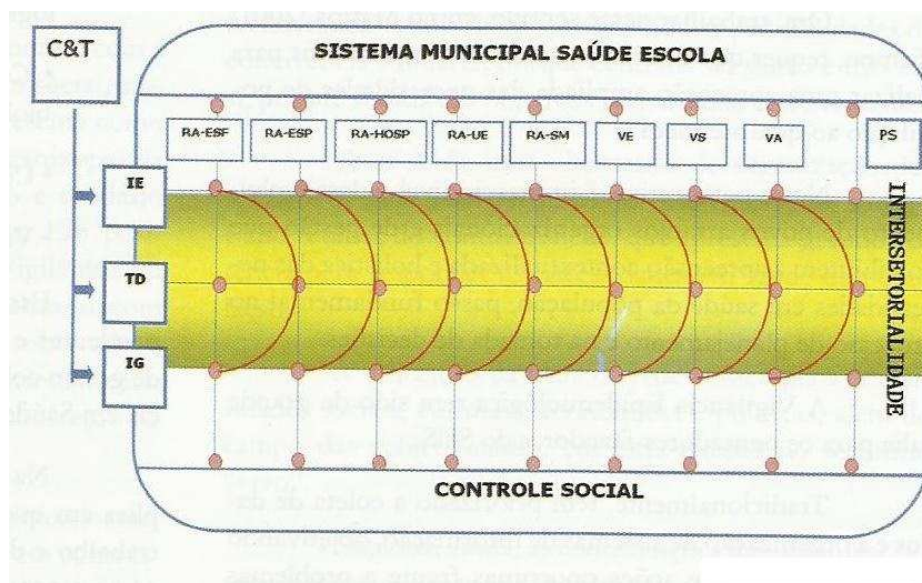


FIGURA 4 – Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza

Legendas: IE – Inteligência Epidemiológica, TD – Tomada de Decisão, IG – Inteligência de Gestão, RA/ESF – Rede Assistencial – Estratégica Saúde da Família, RA/ESP – Rede Assistencial Especializada, RA/HOSP – Rede Assistencial Hospitalar, RA/UE – Rede Assistencial Urgência e Emergência, VE – Vigilância Epidemiológica, VS – Vigilância Sanitária, VA – Vigilância Ambiental e PS – Promoção da Saúde.

As Redes de Atenção irão fortalecer a integralidade das ações de saúde, articulando com os seguintes atores: as instituições governamentais que atuam no campo da saúde, especialmente a SMS no que, compreende a sua rede física de serviço de saúde; as organizações governamentais que têm como objeto de atuação outras áreas de conhecimento, considerando o conceito abrangente da saúde; as instituições privadas e filantrópicas que prestam serviços de saúde e não estão vinculados ao SUS, mas que podem eventualmente ofertar procedimentos em saúde; as instituições de ensino e pesquisa, de ciências e tecnologias, tanto do campo da saúde como de outras áreas; os Conselhos de Saúde e outros; redes

sociais diversas; sujeitos, organizações não - governamentais, grupos e associações comunitárias, entidades de autoajuda, grupos de diferentes linhas espirituais, sindicatos, movimentos sociais, entre outros.

Os Relatórios e os Planos Municipais de Saúde trazem como políticas e eixos estruturantes: a ética do cuidado e a humanização; participação social e gestão compartilhada; Estratégia Saúde da Família; Sistema Municipal de Saúde-Escola e gestão do trabalho, saúde da mulher e gênero, fortalecendo a implantação de um modelo de atenção integral à saúde.

O Plano Municipal de 2006-2009 reforça a construção conceitual, análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas a serem cumpridas pelo município e os resultados dos Relatórios de Gestão de 2005, 2006, 2007 e 2008 quando abordam em sua estrutura as seguintes temáticas: modelos de gestão e atenção à saúde; a ideia de Rede no modelo de gestão e atenção integral à saúde e políticas e eixos estruturantes em construção, reforçando sua organização nos serviços de saúde, orientados pelos princípios do SUS, na perspectiva da garantia de direitos à vida e à saúde.

Nesse sentido, o Plano faz referência à responsabilidade do SUS na formação dos recursos humanos e adota como política estruturante da educação na saúde, o Sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE), que tem como estratégia central a Educação Permanente em saúde.

A compreensão da análise desses documentos referente à gestão de educação permanente e de saúde do município vai se articulando com a estruturação da Política Nacional Educação Permanente em Saúde e suas diretrizes em relação aos princípios e diretrizes do SUS; processo de Reforma Sanitária, gestão setorial, descentralização; conceito pedagógico da educação permanente na saúde; gestão participativa e compartilhada; a integralidade e as Redes de Atenção; o envolvimento de atores da gestão, formação, atenção e controle social, as ferramentas e estratégias de humanização até adoção do SMSE como o organizador e sistematizador do modelo de atenção integral à saúde, sendo a educação permanente, o vetor articulador das Redes de Assistência da Saúde,

operacionalizando a integralidade, descentralização e hierarquização, garantindo a construção de uma rede de cuidados progressivos em saúde.

Através da Portaria 160/2006, publicada no DOM em 04/01/07, a SMS implanta o SMSE, tendo a educação permanente como estratégia que vincula os campos da formação, do ensino, da pesquisa e da produção de ciência e tecnologia adequando à assistência e à promoção da saúde no espaço do trabalho e propicia mudanças qualitativas nos processos de trabalho da gestão, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde, instituições formadoras e diferentes representações dos movimentos sociais e populares.

O SMSE e a política de humanização adotada pelo Município – HumanizaSUS –, compreendidas como eixos estruturantes e transversais para qualificação do sistema de saúde, vão construindo juntamente com a gestão, atenção, formação e controle social as bases que fortalecem a cogestão local.

A cogestão, nessa perspectiva, é compreendida como espaço dialógico e participativo, mobilizando a atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde. Essa produção se faz no planejamento, na execução e avaliação das políticas, atuando nos territórios, através do acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e apoio matricial; projeto terapêutico singular; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; Projeto ‘Acolhendo os familiares/Rede social participante’; e Programa de formação em saúde” (FORTALEZA; PLANO, 2008).

Segundo o Plano Municipal, o município adota para a organização do sistema de saúde de Fortaleza a ideia-força da cogestão de coletivos ou método da roda. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) coloca que a relação entre o ensino e o sistema de saúde deixa a arquitetura do organograma e passa a atuar na dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, na perspectiva da dinâmica da roda, coloca todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem do protagonismo e da produção coletiva.

A cogestão é compreendida como espaços coletivos valiosos de mobilização e atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde, num exercício de construção de novas práticas e saberes entre sujeitos autônomos, com capacidade inventiva, que se envolvem na responsabilização do planejar, executar e avaliar da Política de saúde no território-cidade; no território-distritos de saúde e no território-unidades de produção da saúde (ANDRADE *et al.*, 2006, p.121).

A teia da cogestão da produção de saúde no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, conceitua através da figura abaixo:

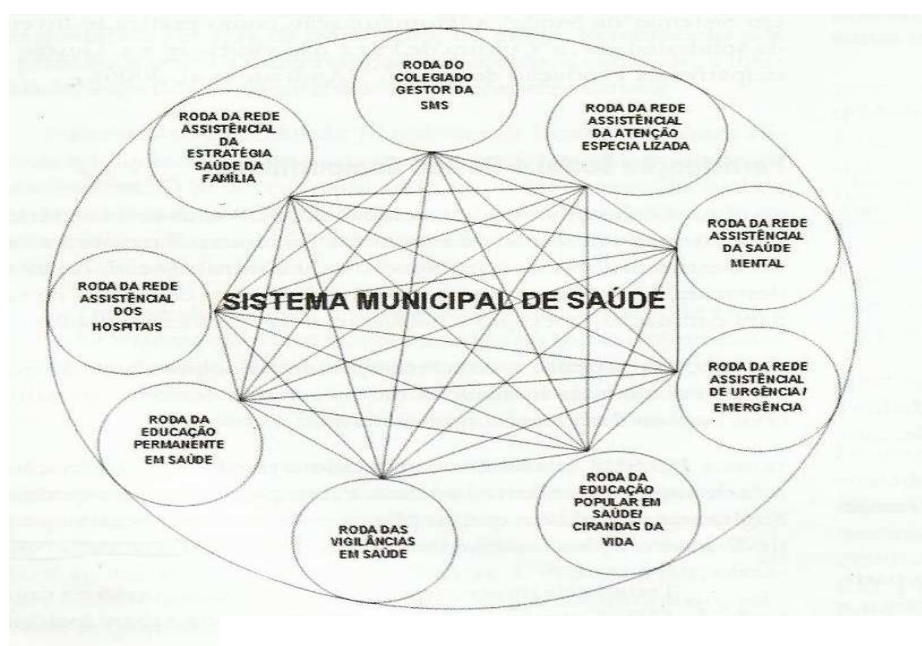


FIGURA 5 – Teia da cogestão da produção de saúde no Sistema Municipal de Saúde-Escola. Fonte: (CANUTO; ANDRADE, 2006).

Na análise comparativa entre as diretrizes do sistema municipal de saúde e as diretrizes nacionais de educação permanente vão se encontrando nos conceitos relativos: conceito de saúde com foco na clínica ampliada; território de responsabilidade sanitária como espaço de aprendizagem significativo; formação dos profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população; todos os serviços das redes de atenção são espaços de ensinar, aprender pesquisas, produzir conhecimento e prática sanitária; desenvolvimento de práticas problematizadoras através de apoiadores institucionais (preceptores). Em termos operacionais da gestão de educação permanente local, essas diretrizes são viabilizadas por meio de uma rede integrada por gestores, servidores do sistema de

saúde de Fortaleza, escolas e universidades, trabalhadores e usuários, responsáveis pela coordenação e avaliação desse processo de educação.

A representação ilustrativa da Política Municipal de Humanização de Fortaleza – HumanizaSUS – é construída pela intersecção das figuras geométricas: a Educação Permanente em sistema de saúde, a Humanização como prática reinventiva e a Cultura de paz e não-violência, desenhando uma mandala. Essa figura traz elementos que nas diretrizes da EP são estratégias para a política de educação e desenvolvimento para o SUS, tais como: a constituição de práticas com base na humanização, a gestão do trabalho como espaço de estabelecimento de diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS, e o conceito ampliado de saúde na perspectiva dos condicionantes e determinantes sociais da saúde.

De forma conceitual, a Política de Humanização do município traz a mandala para possibilitar mobilização a fim de implantar e organizar a gestão de educação permanente através dos conceitos e dispositivos da Política Nacional de Humanização, como mostra a figura a seguir:

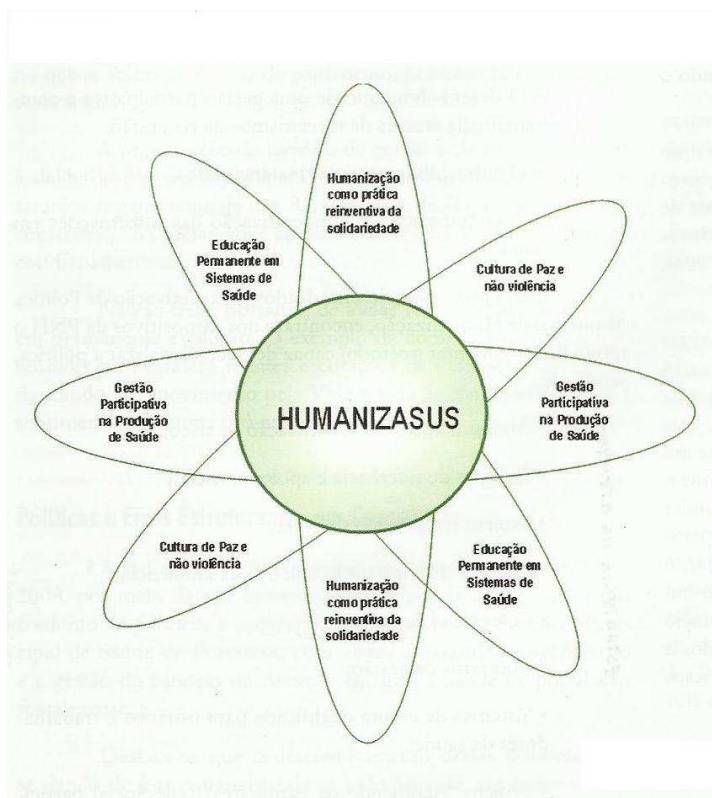


FIGURA 6 – Mandala da Humanização do SUS de Fortaleza. Fonte: (ANDRADE, 2006).

Na análise, foi se percebendo e desenhando os núcleos de sentidos relacionados aos conceitos de gestão, formação, atenção e controle social a fim de encontrar e correlacionar os documentos oficiais do município de Fortaleza e a Política Nacional e suas diretrizes. Nessa correlação, foi constituído um desenho da gestão da educação permanente do município de Fortaleza, na qual encontramos como convergências os conceitos de integralidade, de gestão estratégica e participativa, humanização das práticas de atenção, construindo uma coprodução coletiva em parceria com as instituições de ensino, organizações e movimentos populares, transformando toda a rede de serviços em espaço de educação contextualizada e desenvolvimento profissional.

Desse modo, o quadro comparativo dos documentos municipais e nacionais estabelece uma correlação da gestão de educação permanente do município (APENDICÊ B).

Diante do exposto na análise dos documentos, a gestão de EP do município tem uma dimensão administrativa jurídica e as bases teóricas para implementação da EP. A base jurídica se constitui pela portaria 160/2006, na qual aponta os espaços e serviços como eixo central de seu desenvolvimento, apresentando as atribuições de cada um de seus integrantes e suas respectivas ações a serem desenvolvidas. Na construção dos processos de organização e implementação da EP, as bases teóricas fundamentam-se na pedagogia de Paulo Freire, na perspectiva sociocognitiva de Vygotski, na educação popular em saúde; na gestão compartilhada e participativa e no modelo de gestão e atenção integral da saúde para o SUS.

4.2 Sistema Municipal de Saúde-Escola e o processo de trabalho

O Sistema Municipal de Saúde-Escola como gestor da estratégia de educação permanente no município, tem como diretrizes para organização dos processos de trabalho: o conceito de saúde como qualidade de vida; um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência e a formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população.

Na análise documental percebeu-se que o SMSE vai sistematizando seu processo de trabalho contextualizado em uma vivência educacional, que tem como protagonistas os gestores, trabalhadores de saúde, instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares. Nessa, perspectiva os processos vão sendo entendidos nas dimensões administrativas, pedagógicas e de ensino-serviço-redes de atenção (territórios de responsabilidades sanitárias de cada rede).

Constatou-se que a construção dos processos de organização e a implementação da Educação Permanente no município de Fortaleza têm como bases teóricas: a pedagogia Paulo Freiriana; a perspectiva sociocognitiva de Vygotski; a educação popular em saúde; a gestão compartilhada e participativa e o modelo de gestão e atenção integral da saúde para o SUS.

Segundo Barreto *et al.* (2006) a perspectiva sociocognitiva de Vygotski privilegia o papel da mediação social exercida pelo adulto em processos de educação permanente, dos instrumentos de sua cultura. Os instrumentos de mediação são considerados essenciais para desenvolvimento do pensamento, assim como são imprescindíveis para atingir seu desenvolvimento cognitivo.

Nas orientações e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, para sua operacionalização, o governo federal assume como desafio a articulação das necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Para isso, propõe o desenvolvimento da educação popular como ampliação da gestão social sobre as políticas públicas.

Nesse cenário, o município de Fortaleza implantou o projeto Ciranda da Vida como estratégia de educação permanente com base na educação popular. Sua ação é constituída na interface entre a gestão e a comunidade, ressaltando a produção do conhecimento a partir do conhecimento e de experiência popular. (FORTALEZA, 2006).

A gestão compartilhada e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando à maior eficácia,

eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e à avaliação (BRASIL, 2010). Na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a gestão compartilhada e participativa, compreendida como cogestão, constrói “valiosos espaços coletivos de mobilização”, bem como na atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, em um exercício de construção de novas práticas e saberes entre sujeitos autônomos, com capacidade inventiva, que se envolvem na responsabilização do planejar, executar e avaliar a política de saúde no território.

Os processos de trabalho fomentados pelo SMSE, que se concretizam no campo da gestão, da assistência, do ensino e da pesquisa em saúde, são construídos por meio da utilização de ferramentas, como: a articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional; o diálogo; a mediação de conflitos; a problematização para a identificação das necessidades em saúde e construção de práticas sanitárias; o planejamento participativo local; a territorialização em saúde; a descrição da clientela; o cadastramento familiar; a referência e contra-referência baseada na ideia da complementaridade da atenção; a mobilização, a participação e o controle social orientado pelo princípio da autonomia dos sujeitos (GOYA *apud* FORTALEZA, 2005, p. 54).

Analisando a produção de Barreto *et al.*, sobre as estratégias adotadas, foram identificadas duas dimensões de competências do SMSE, a pedagógica e a operacional.

Para compreensão destas duas dimensões, é importante apresentar as estratégias adotadas pelo SMSE acima citadas: construção de cenários de ensino, prestação de serviço e pesquisa que integrem e qualifiquem as redes assistenciais como unidades-escolas em parceria com as instituições de ensino; fomento de uma relação interprofissional e de práticas colaborativas, em função da necessidade de sistematização do processo de trabalho; atenção às necessidades de saúde mais relevantes dos múltiplos contextos em que estudantes, gestores, profissionais e usuários estão inseridos; e oportunidade do surgimento de metodologias problematizadoras que proporcionem o envolvimento de todos os atores do sistema de saúde para a tomada de decisões (BARRETO *et al.*, 2006).

Mediante esta análise, considera-se que ambas estão intrinsecamente relacionadas, mas que podem ser notadas também separadamente. A Dimensão Pedagógica do SMSE está relacionada aos meios, ao "como fazer" o processo de ensino-aprendizagem. Como exemplo desta dimensão, pode ser citado o Pet-Saúde. Este programa insere estudantes da graduação no espaço dos Centros de Saúde da Família, e contempla uma das estratégias apresentada por Barreto *et al.* (2006): construção de cenários de ensino, prestação de serviço e pesquisa que integre e qualifique as redes assistenciais como unidades-escolas em parceria com as instituições de ensino.

Outro exemplo da implementação desta estratégia é a funcionalidade dos Centros de Saúde da Família como campos de estágio curricular para os cursos de graduação em saúde. A Tenda Invertida, definida por Andrade (2004), é um dispositivo que oportuniza o surgimento de metodologias problematizadoras que proporcionem o envolvimento de todos os atores do sistema de saúde para a tomada de decisões, e apresenta-se como outro exemplo de aplicabilidade das estratégias pedagógicas. (FORTALEZA; PLANO MUNICIPAL, 2006).

Na Tenda Invertida, o mestre-professor rompe com o seu "encastelamento", uma vez que se desloca ao *locus* de trabalho do aprendiz, expondo-se aos desafios do cotidiano e da dinâmica de seu processo de trabalho. Sendo para isso necessária flexibilidade, sensibilidade, dialogicidade e criatividade para manejo das situações em que se depara.

É no seio desta dimensão que as bases teóricas citadas aqui são utilizadas para que o processo de ensino-aprendizagem ocorra de forma participativa, problematizadora e contextualizada. É por este ângulo que se considera, portanto, a dimensão pedagógica relacionada ao "*como fazer ensinar e aprender em serviço*" (GRIFO NOSSO). (AQUINO; BESSA, 2012).

Os processos formativos implementados pelo SMSE dentre eles: residência de medicina de família e comunidade, residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, pet-saúde, estágios curriculares, cursos de aperfeiçoamento, regulação das pesquisas dentre outros, apresentam resultados e impactos diretos nos serviços em que ocorrem. A mudança dos processos de

trabalho, suas transformações, sistematizações, redefinição de fluxos, atribuições dentre outros, compõem a competência operacional do SMSE.

Destarte, considera-se que a dimensão operacional é aquela relacionada aos resultados concretos do processo de ensino-aprendizagem para o serviço onde a formação acontece, implicando, segundo Barreto (2006), no fomento de uma relação interprofissional e de práticas colaborativas; na sistematização do processo de trabalho; na atenção às necessidades de saúde mais relevantes; no envolvimento dos atores do sistema de saúde para a tomada de decisões e no desenvolvimento de competências que contemplem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Por fim, a dimensão operacional das competências do SMSE está relacionada ao *“fazer e ao feito em e no serviço”*. (GRIFO NOSSO).

Após análise dos documentos e visualização conceitual do caminho trilhado na construção do conhecimento sobre Educação Permanente no município de Fortaleza – Ceará (2006-2010), por meio da implantação do Sistema Municipal de Saúde-Escola, as potencialidades constatadas foram: a adoção do SMSE como estratégia estruturante de organização e de gestão da Educação Permanente; determinação de que o eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência; promoção à formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população; definição da responsabilidade sanitária territorial das IES de acordo com seu território de abrangência; adoção do preceptor de território e categoria como docentes no *locus* do território e apoiadores institucionais no serviço; compreensão do fazer saúde onde os processos de saúde e doenças interagem com os aspectos ambientais, emocionais, orgânicos e sociais; a reorientação do modelo assistencial ancorado nas redes assistenciais integradas entre si, promovendo a integralidade das ações em saúde; e a satisfação e motivação referida dos profissionais inseridos nos processos formativos.

Na análise dos documentos, principalmente nos relatórios de gestão fica claro a atuação do SMSE nas atividades formativas e pedagógicas dos profissionais das redes assistenciais do município, com base na Política de Humanização e nas linhas de cuidados, de acordo com os programas nacionais estabelecidos. As

atividades de controle social e gestão participativa, que articulam a gestão, os usuários e os trabalhadores são desenvolvidas a partir das Cirandas da Vida que por sua vez articulam as ações intersetoriais, a educação popular e de promoção da saúde. A residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade adotam uma problematização das práticas, identificando os problemas, ampliando o conhecimento, desenvolvendo competências específicas da equipe, buscando soluções para condução dos casos e realizando ações intersetoriais desenvolvidas nos territórios de abrangência.

O documento oficial é da portaria que cria o SMSE, contudo nenhum dos documentos analisados faz referência a um projeto político pedagógico do Sistema Municipal de Saúde-Escola, assim como não definem a Política Municipal de Educação Permanente, nem estabelecem seus recursos orçamentários, os indicadores de monitoramento, ou a análise da execução dos programas realizados. O maior desafio do município para fortalecer sua política de educação permanente, tendo o Sistema Municipal de Saúde-Escola como um sistema de rede-escola, articulando todas as redes assistenciais, promovendo uma cadeia progressiva de cuidados à saúde e integrando as ações de ensino, gestão, atenção e controle social, é instituir de fato uma Política Municipal de Educação Permanente.

As ações de educação permanente nos municípios não podem apenas focar em seus processos formativos, nos diagnósticos, no cuidado, no tratamento e na profilaxia das doenças e nos agravos à saúde. Essas ações devem desenvolver processos articulados de forma interprofissional, que atendam às necessidades de saúde da população, através de uma gestão setorial e de controle social que desenvolva a autonomia das pessoas, englobando a produção da subjetividade, a produção de habilidades, as estratégias e ferramentas de gestão do conhecimento, promovendo a articulação com a gestão, com a atenção, o ensino e o controle social, com o objetivo de enfrentar os problemas concretos de cada rede assistencial em seus territórios geopolíticos de atuação.

O Sistema Municipal de Saúde-Escola deve ter como objetivo criar espaços de aprendizagens nos serviços, articular as relações intersetoriais e interprofissionais de forma a agregar a produção de conhecimento relevante com a consolidação da política e das diretrizes de Educação Permanente no município.

Para a melhor compreensão, Barreto *et al.* (2006) apresentam a metáfora da Estratégia de Educação Permanente em Saúde (FIGURA 1). Segundo os autores, seria como um conjunto de agulha e linha (vetor), que vai interligando e tracionando o tecido (espiral), composto pelas Redes Assistenciais e instituições de ensino, tecendo os princípios do SUS na espiral complexa do Sistema Municipal de Saúde- Escola. A 'costura' nas Redes Assistenciais significa a operacionalização da integralidade com vistas a garantir o cuidado progressivo (BARRETO *et al.*, 2006, p. 33).

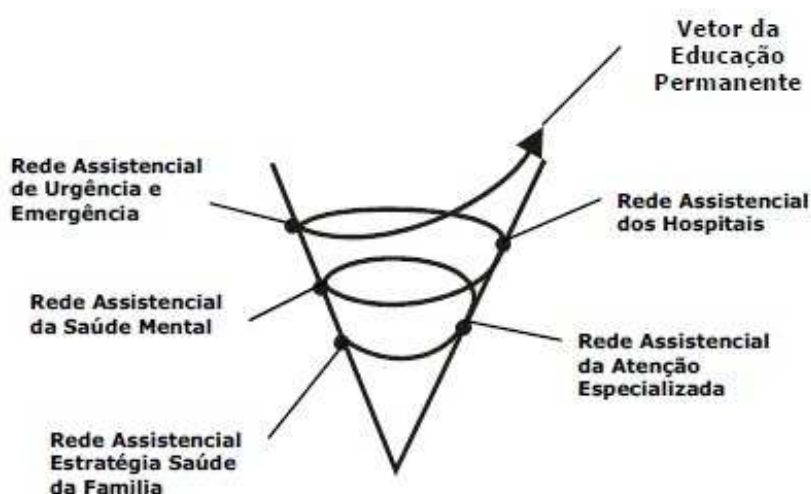


FIGURA 7 – Espiral da complexidade do Sistema Municipal de Saúde-Escola e o matriciamento das Redes Assistenciais.

Essa concepção de Educação Permanente para os trabalhadores(as) da saúde apoia-se em uma pedagogia contextualizada na qual a compreensão, a ação e a aprendizagem estão em constante interação e a compreensão precede a aprendizagem significativa. Ora, o processo de trabalho em saúde, na ótica do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza, se insere na dinâmica do território. Disso resulta que os profissionais em formação, no processo de educação permanente, realizam suas tarefas em situações reais em que os conhecimentos teóricos (o que), os conhecimentos práticos (o como fazer) e os conhecimentos contextualizados (o quando, o onde e o porquê), são abordados em toda sua complexidade. Estratégias pedagógicas; Capacitação/Aperfeiçoamento por linhas de cuidado e rede de atenção; Graduação vivência no SUS, extensão, estágios e plantões.

Na análise documental, dimensão pedagógica, o processo de trabalho organiza-se a partir das atividades que envolvem a graduação, estágios, pós-graduações, capacitações nas redes de atenção de acordo com as linhas de cuidado, utilizando as metodologias ativas nas capacitações desenvolvidas pelo Sistema Municipal de Saúde-Escola. A Ciranda da vida através da metodologia da educação popular mostra um importante potencializador no desenvolvimento dos processos pedagógicos do SMSE.

Nas residências médica e multiprofissional as atividades de ensino-serviço-comunidades, fazem referências à organização e à sistematização dos processos de trabalho relacionados às atividades desenvolvidas nos territórios pelos preceptores e residentes, através das seguintes atividades: inserção comunitária no território; educação popular em saúde; clínica ampliada; projeto terapêutico singular; apoio institucional; matriciamento; método da roda; apoio a gestão participativa; visita domiciliar e formação de grupos.

A relação do SMSE com a IES e escolas técnicas na perspectiva da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, no âmbito da graduação e pós-graduação, vem sendo fortalecida no Fórum do SMSE onde são desenvolvidas e deliberadas, as seguintes estratégias e ações: regulação das práticas de estágios e plantões; fluxos e regulação das pesquisas, pactuações das responsabilidades sanitárias de acordo como território em que as IES se encontram territorialmente, pactuações das responsabilidades das IES e escolas técnicas a partir de convênios assinados entre a SMS; editais conjunto para os PET e pró-saúde, fortalecendo a reorientação do modelo de atenção na formação em serviço no SUS, certificação das residências e cursos, promovendo com essas ações a produção do conhecimento para mudanças das práticas e de formação.

No fortalecimento das áreas de Ciência e Tecnologia foram realizadas três Mostras do Sistema Municipal de Saúde, envolvendo a produção do conhecimento no fortalecimento das práticas e saberes desenvolvidos nos territórios das redes de atenção à saúde, envolvendo as IES, gestores, trabalhadores, movimentos populares e escolas técnicas.

A orientação preliminar da SMS foi definir regionais do município prioritárias para atuação das instituições de ensino, considerando a localização territorial dessas instituições e o histórico da inserção das instituições de ensino nas unidades de saúde. A necessidade de delimitar uma área de atuação das instituições de ensino no SMSE objetiva também desenvolver a corresponsabilidade sanitária das instituições de ensino com a população de Fortaleza. Assim, a formação de recursos humanos deve ser orientada para o atendimento das necessidades do SUS e os estudos e pesquisas desenvolvidos no âmbito do SMSE devem responder aos desafios sanitários do município. Assim, há necessidade de planejamento e pactuação para a inserção efetiva das instituições de ensino nas redes assistenciais de saúde de Fortaleza. Para tanto, necessário se faz conhecer a situação atual de distribuição de estagiários, internos e residentes nas unidades de saúde do município, de forma a possibilitar a ordenação da inserção destes programas de ensino nas redes assistenciais de Fortaleza. Assumindo este desafio, a equipe técnica de coordenação do SMSE.

De acordo com o quadro abaixo temos as responsabilidades sanitárias das IES em Fortaleza, pactuadas no Fórum do Sistema Municipal de Saúde-Escola.

REGIONAL	IES
SER I	UFC, FAMETRO
SERII	FANOR, FIC, FATECE, CRISTHUS, FAECE/FAFOR
SERIII	FGF, UFC
SERIV	UECE, FAC
SERV	FGF, UECE, UFC
SERVI	UNIFOR

QUADRO 4 – Divisão geossanitária das IES de Fortaleza. Fonte: (FORTALEZA, 2008a).

As práticas de formação, de produção do conhecimento e de cooperação técnica, vêm sendo desenvolvidas pelas seguintes ações: Residências: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/ESP, IJF, Hospital Universitário Walter Cantídio, Maternidade-Escola; Escolas Técnicas: São Camilo de Lellis, SENAC, SEDUC, Elite, Maracanaú, FATECE, Iasocial, Alternativo; Graduação em Gestão em Serviços de Saúde; CIDE; Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde; Aperfeiçoamento

em Gestão de Sistemas de Saúde; Especialização em Saúde da Família; Especialização em Medicina de Família e Comunidade; Participação como parceira; Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SESA/ CGTES, UECE, FIOCRUZ); Mestrado Educação na Saúde (UECE); Mestrado Saúde da Família (RENASF); Pesquisas/Capacitações: FIOCRUZ, MS, UNIFESP/ USP/ Mackenzie e IE conveniadas; Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SESA/ CGTES, UECE, FIOCRUZ); Mestrado Educação na Saúde (UECE); Mestrado Saúde da Família (RENASF); Pesquisas/Capacitações: FIOCRUZ, MS, UNIFESP/ USP/ Mackenzie e IES conveniadas.

A dimensão ensino-serviço-rede de atenção que é o desenvolvimento de estratégias, ações e reflexão crítica dos processos resolutivos da assistência, da promoção da saúde, assim como o estabelecimento de uma relação de parceria permanente com os movimentos sociais, populares e estudantis, tem sido uma competência da Ciranda da Vida através da educação popular.

As residências médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade e o programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET- Saúde) desenvolvem ações e estratégias nas redes de atenção à saúde com foco nas linhas de cuidados, organizando seus processos de trabalho: articulação teórica e prática; espaços de reflexão e sistematização teórica através de Grupos de Estudo, Rodas de Categoria e rodas ampliadas envolvendo coordenação dos programas, residentes, corpo docente e outros autores das redes de atenção; organização dos processos de trabalho cuja a demanda é o território e suas necessidades; profissional inserido no serviço com um olhar crítico-propositivo e criativo; atuação na lógica do apoio matricial; busca permanente de interação com as Equipes Saúde Família e de sintonia com o Centro Saúde Família; buscando a formação dos trabalhadores locais; ações desenvolvidas na perspectiva do campo e do núcleo profissional e acompanhamento em serviço por meio da Preceptoría de Território e Categoria.

A Dimensão administrativa-jurídica responsável pela organização e pela sistematização das descentralizações e regionalização das ações do SMSE nas redes de atenção do município, por realizar e promover o planejamento anual das ações, articular com os atores do SMSE as ações, estratégias e ferramentas para o

fortalecimento da educação permanente no município; por articular ações e estratégias com IES e cursos técnicos através do Fórum; por normatizar as ações e estratégias de educação permanente no município; por controlar e organizar todas as pesquisas, estágios e plantões realizadas nas rede de atenção; por elaborar portarias e editais da educação permanente, sistematizar e organizar os cursos de formação das rede de atenção, representante da educação permanente nas instâncias intersetoriais e interinstitucionais, responsável pela contratação e administração financeira dos processos de trabalho da educação permanente.

As dimensões administrativas, pedagógica e de ensino-serviço-rede de atenção são responsáveis pela organização dos processos de trabalho, através das estratégias: capacitação dos profissionais de saúde em coerência com os princípios e diretrizes do SUS; construção de cenários de pesquisas e práticas que qualifiquem as redes de atenção como unidade-escola; formação no contexto dos territórios proporciona uma relação interprofissional e colaborativa nas práticas; e envolvimento de todas as redes de atenção do sistema de saúde para tomada de decisões na construção de rede progressiva de cuidado.

O Sistema Municipal de Saúde-Escola pode ser visualizado melhor em toda a sua complexidade na figura abaixo:

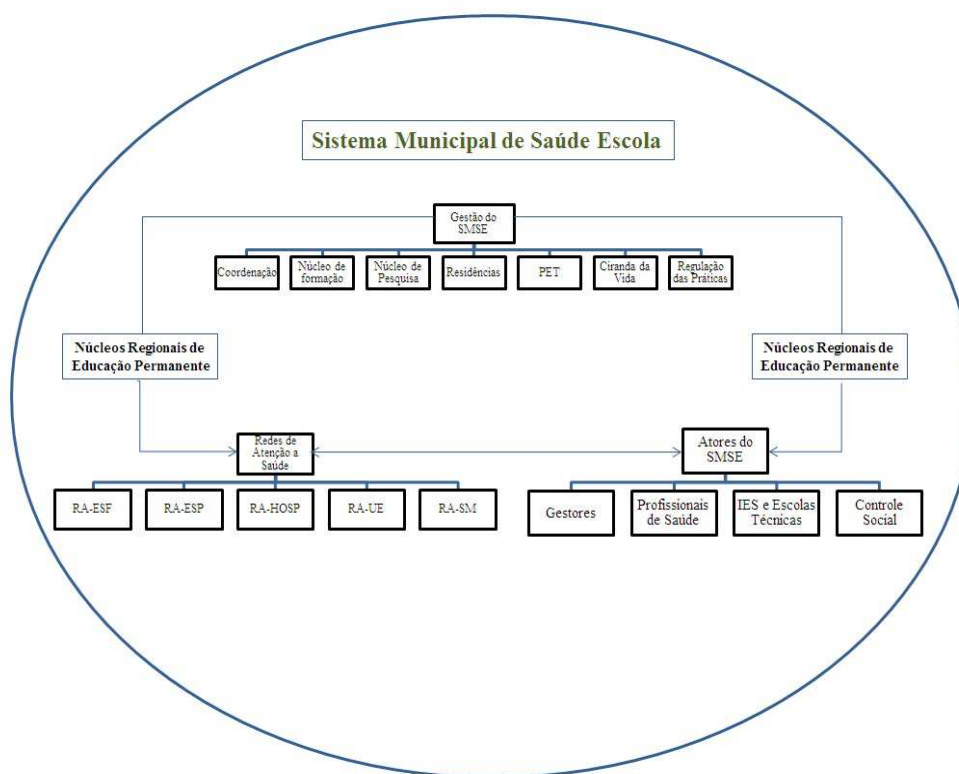


FIGURA 8 - Mapa conceitual do Sistema Municipal de Saúde-Escola. Fortaleza, 2012

O Sistema Municipal de Saúde, conceitualmente, se organiza em um modelo de gestão pautado nos princípios da cogestão e, nesse sentido, tem que articular todas as Redes de Atenção e Distritos de Saúde nos processos de organização e tomada de decisão descentralizada e regionalizada, com participação de gestores, profissionais de saúde, atores do controle social e instituições formadoras. O fortalecimento desse processo, uma rede interprofissional e colaborativa, instituiu dispositivo como o Fórum do SMSE e Fóruns Regionais, na perspectiva de maior aproximação e corresponsabilização das instituições de ensino em cada território de atuação, bem como de maior participação e implicação dos trabalhadores na formação dos futuros profissionais.

5 CONCLUSÕES E DELIMITÇÕES DO ESTUDO: DESAFIOS, PACTUAÇÕES E CONTRADIÇÕES DA CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO

O estudo buscou compreender através da análise documental do Plano Municipal e dos Relatórios de Gestão e do Sistema Municipal de Saúde-Escola, realizando uma análise comparativa entre a Política Nacional de Educação Permanente e suas diretrizes e como se dá a organização e sistematização da gestão da Educação Permanente no município de Fortaleza-CE.

Através da análise comparativa dos conceitos e temáticas encontradas na Política de Educação Permanente e nos documentos municipais analisados, percebe-se que a gestão da Educação Permanente constitui-se de um processo de trabalho que tem como base um conceito de clínica ampliada, descentralizada regionalizada e com responsabilidade sanitária das redes de atenção à saúde e co-gestão dos atores que compõem o SMSE, tendo o princípio da integralidade como diretriz principal para a construção de uma rede progressiva de cuidados com base em um modelo integral a saúde. As estratégias e ferramentas utilizadas para operacionalização dessa gestão têm a educação popular como potencializadora da formação dos profissionais e na produção do cuidado nos territórios sanitários, consolidando todas as redes de atenção à saúde em unidades-escolas.

A educação popular é considerada uma das ideias-força que embasa a construção do SMSE, porém essa consideração só é visível a partir de 2007, quando nos relatórios do Sistema Municipal de Saúde-Escola é ressaltada a estrutura da formação de atores para o fortalecimento do SUS incluindo a perspectiva popular. Nesse sentido, a inclusão do projeto Cirandas da Vida no contexto do SMSE representou o fortalecimento da educação popular no âmbito da formação dos trabalhadores da saúde.

A incorporação da educação popular como uma das ideias-força do SMSE converge para os objetivos da Política de Educação Permanente, quando esta coloca que um dos compromissos da gestão estadual e municipal é estabelecer

articulação com os movimentos e práticas de educação popular em saúde com a Educação Permanente. A proposta da Educação Popular no âmbito do SMSE inclui: a dialogicidade; a problematização; a criatividade e a realidade de luta dos territórios sanitários na perspectiva de construção da autonomia e da potencialização da ação em rede, como estratégias de promoção, humanização das práticas de saúde e fortalecimento da participação popular.

Uma das contradições encontrada nos documentos analisados em relação à Política de Educação Permanente e suas diretrizes são o distanciamento e a separação entre a gestão do trabalho e as ações do Sistema Municipal de Saúde-Escola. Embora nos Planos Municipais a Secretaria Municipal de Saúde compreenda que gestão do trabalho e educação na saúde estão entrelaçadas, constituindo um único eixo estratégico e estruturante do sistema, nos relatórios de gestão do Sistema Municipal de Saúde e nos relatórios de gestão quando se descreve as ações realizadas, nenhuma das ações do Sistema Municipal de Saúde-Escola são voltadas aos objetivos da gestão do trabalho, que na sua base prioriza a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho no funcionamento do sistema de saúde, valorizando o trabalho, os trabalhadores e a educação no SUS, a partir da construção de novas relações e de novos processos de trabalhos em saúde, com a participação através de mecanismos de cogestão, bem como a participação na elaboração dos planos de carreiras e salários para o SUS. Essa visão da gestão do trabalho deveria ser incorporada nas dimensões administrativa e jurídica do Sistema Municipal de Saúde.

Nas ações de Educação Permanente referente à atenção como componente da Política de Educação Permanente no que se refere às ações e aos serviços de saúde, à produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar os problemas de saúde nos documentos analisados foca nas capacitações de acordo com as necessidades das redes de atenção, porém, se compararmos com as Diretrizes da Política de Educação Permanente, veremos que esta orienta a análise coletiva do processo de trabalho, identificando os pontos críticos enfrentados na atenção, promovendo a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e as singularidades das redes de atenção.

Para uma melhor análise do componente da atenção, seria necessária, além de uma análise documental, uma pesquisa de campo que envolvesse gestores, trabalhadores, educadores populares, preceptores e outros autores envolvidos na Educação Permanente do município. Seria relevante uma pesquisa que buscasse avaliar as transformações da Educação Permanente do município de Fortaleza, após a implantação do Sistema Municipal de Saúde-Escola e suas interfaces com a gestão, a atenção, a formação e o controle social, enfatizando as estratégias e ferramentas da educação popular na transformação das práticas e na produção do conhecimento nos processos de trabalho desenvolvidos pelas redes de atenção à saúde do município.

As diretrizes da Política de Educação Permanente enfatizam a importância do controle social na transformação das práticas e da produção do conhecimento na promoção da autonomia do sujeito como participante ativo das tomadas de decisões, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e participativa, contudo os documentos analisados não trazem ações e estratégias voltadas a formação dos conselheiros municipais, o que seria uma ação importante e que deveria ser incorporada pelo Sistema Municipal de Saúde, bem como o fortalecimento de ações conjuntas com o Conselho Municipal de Saúde que envolvessem a educação popular e a formação dos conselheiros municipais, através do protagonismo da Ciranda da Vida.

São desafios para o fortalecimento e a estruturação da gestão da Educação Permanente, a partir da análise dos documentos, as seguintes ações: implantação da Política de Educação Permanente do município; desenvolvimento da concepção pedagógica do SMSE de forma participativa, envolvendo os componentes da Educação Permanente; o trabalho com as IES as pactuações de apoio, cooperação e regulamentação dos estágios, plantões e pesquisas de acordo com as necessidades das redes de atenção à saúde do município; o desenvolvimento conjunto com as IES e as escolas técnicas das corresponsabilizações sanitárias; o acompanhamento dos convênios existentes com as instituições de ensino, a criação de um sistema de informações contendo os indicadores de educação permanente do município; a criação de bancos de dados contendo informações das pesquisas desenvolvidas pelo SMSE; a construção de um

site do SMSE contendo todas as informações necessárias para o fortalecimento de canais de comunicação com os atores do SMSE; a captação de recursos financeiros através de parcerias nacionais e internacionais; a garantia do orçamento financeiro nos planos financeiros do município; o fortalecimento da ideia de que todos os espaços de produção de saúde, também podem torna-se espaços de formação de saberes e produção do conhecimento; a implementação das ações de gestão do trabalho no âmbito do SMSE, a fim de construir os planejamentos regionais de Educação Permanente nos distritos de saúde; o planejamento, avaliação e o monitoramento das ações, estratégias e ferramentas desenvolvidas no âmbito da atenção nas redes de atenção à saúde e finalmente, o fortalecimento das ações de Educação Permanente na participação social através da educação popular.

A análise documental permitiu uma reflexão crítica e analítica dos documentos do município na sua correlação com a Política Nacional de Educação Permanente e suas diretrizes. A gestão da Educação Permanente no município deve ter como base as seguintes diretrizes para implantação de uma rede de saúde-escola: criar um modelo de atenção integral com foco nos princípios e diretrizes do SUS; utilizar o Princípio da Integralidade como vetor principal para constituição de uma rede progressiva de cuidados; construir projetos de integralidade da atenção e de participação social; promover uma gestão estratégica e participativa; promover estratégias de formação com base na educação popular; constituir uma rede-escola regionalizada, descentralizada e hierarquizada; constituir processos de apoio através da cartografia das redes de atenção à saúde; promover a formação e a produção do conhecimento construindo núcleos de saberes interprofissionais; estimular as práticas colaborativas que desenvolvam ações com interface com a gestão, a atenção, a formação e o controle social.

Na análise documental o Sistema Municipal de Saúde configura-se em um sistema de redes integradas responsável pela gestão da Educação Permanente do município de Fortaleza, transformando ações que envolvem a gestão, a formação, a atenção e o controle social. No âmbito da formação constrói espaços regionais e microrregionais, desenvolvendo a capacidade de produção do conhecimento coletivo em conjunto com as instituições de ensino superior e técnico, fortalecendo a responsabilidade sanitária das instituições na transformação de

práticas na graduação e pós-graduação, através dos projetos de formação voltados para o aprendizado significativo no SUS e para o SUS. Na atenção há a necessidade de implantação de uma rede integrada de cuidados progressivos envolvendo: acolhimento; vínculo; responsabilização dos profissionais com os problemas de saúde sob o seu cuidado; desenvolvimento da autonomia criativa através da educação popular; visão ampliada da saúde prevendo o fortalecimento da participação social nas redes de atenção à saúde no município.

Diante do exposto, a análise documental foi relevante por comparar a gestão da Educação Permanente com a Política Nacional de Educação Permanente através dos documentos oficiais da gestão, como o Plano Municipal, que representa as metas, objetivos e diretrizes, durante os quatro anos de gestão, e dos relatórios de gestão, que são os resultados dos Planos Municipais na avaliação e no monitoramento das ações desenvolvidas pela gestão. O tema torna-se relevante nessa perspectiva, pois poucos estudos são encontrados acerca da gestão da educação, questionando sua implantação no município, e observando a forma como se dá a implantação de uma rede-escola, de acordo com o que está preconizado na Política Nacional de Educação Permanente e em suas diretrizes, e analisando como acontecem as relações entre as instituições formadoras e a gestão municipal. A pesquisa não se encerra nessa análise documental, pois ficam novos questionamentos acerca do planejamento, da avaliação e do monitoramento das ações da Educação Permanente nas redes de atenção à saúde do município.

A gestão da Educação Permanente no município cria espaços dialógicos e participativos, que renovam permanentemente os movimentos de construção coletiva apoiados em práticas colaborativas e interprofissionais, fortalecendo o SUS como ordenador da formação de práticas e saberes contextualizado nos serviços de saúde. A Educação Permanente precisa ser fortalecida no âmbito da Política Municipal de Saúde de Fortaleza, reconhecendo os avanços e os desafios na construção desse modelo de gestão de Educação Permanente implantado no município de Fortaleza.

A análise documental sobre a gestão da educação permanente no município de Fortaleza foi relevante para compreensão de como se implantar, estruturar e sistematizar a gestão da educação permanente em um município. A

partir do estudo foi possível compreender as ações integradas da gestão, atenção, formação e controle social na constituição de uma rede de educação SUS envolvendo diversos atores para o fortalecimento da gestão do trabalho e educação em saúde.

O modelo de gestão da educação permanente adotado em Fortaleza a partir da implantação do Sistema Municipal de Saúde-Escola é orientador de como os municípios brasileiros podem fortalecer a gestão da educação permanente na construção coletiva e democrática, potencializando a gestão participativa através de uma construção compartilhada do conhecimento e da corresponsabilização dos diversos atores na efetivação de uma proposta de fortalecimento de uma rede SUS de educação em saúde e de gestão do trabalho no município.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; CANUTO, O. M. C.; RIBEIRO, K. G.; ARAUJO, C. E. L.; QUADROS, E. T. Humanização e Cultura de Paz: um desafio para o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza (CE). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 115-127, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo**: História, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007

ASSIS, M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos e Análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139 -159.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; ELLERY, A. E. L.; SILVA, M. R. F.; LOIOLA, F. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 1, n. 1 (2007): Edição especial. (ISSN 1982-8829). Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/396/379>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L.O.M.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B.; MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação permanente e a construção de sistemas municipais de saúde-escola**: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal, n. 34, jun. Rio de Janeiro, 2006.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. 25 ed. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Editora Vozes. 2004. (ISBN 85.326.0154-5)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 15 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. – Brasília; 2009b.

_____. 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: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. p. 64 – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde: **SGTES: políticas e ações/** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão participativa. **Dialogando sobre o pacto pela saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Brasília: 2009a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 14 ago. 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde e paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democratização em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunic, Saúde, educ.,** v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004, fev. 2005.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** n. 10, v. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 2 out 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECILIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde públ.** Rio Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.

ELLERY, A. E. L. Política Nacional de Educação Permanente. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo**: histórias, regulamentação, financiamento e políticas nacionais. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 875-901.

FARIAS, I. M. S.; NUNES, J. B. C.; TRERRIEN, S. M. N. Pesquisa científica para iniciantes: caminho no labirinto. Fortaleza: Eduece, 2010.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface-comunic, Saúde, educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. Método e metodologia na pesquisa científica. 2. ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**: 2006-2009. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), 2008a.

_____. **Relatório de gestão de 2005**: Saúde, Qualidade de vida e a Ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2006. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=comcontent&view=article&id=176&Itemid=7>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. **Relatório de gestão de 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

_____. **Relatório de gestão de 2007**: Saúde, Qualidade de vida e a Ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2008b. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=179&Itemid=7>. Acesso em: 10 de agosto de 2012.

_____. **Relatório de gestão de 2008**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2009. Em prelo

_____. **Relatório de gestão de 2009**: Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2010. Em prelo.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenário do sistema de saúde no Brasil. **Interface-comunic, Saúde, educ.** v. 11, n. 23, p.427-38, set./dez. 2007.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. "Educação permanente como prática". In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, M. G. *et al.* **Tecendo redes**: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda-RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.

FREIRE, P. **Educação como prática libertadora**. 14 ed. Rio Janeiro: paz e terra, 2011

_____. **Educação e mudança**. 34 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

GADOTTI, M. A educação contra a educação. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-comunic, Saúde, educ.** v.9, n.16, p.161-77, set 2004-fev. 2005.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 269 p.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: **Dicionário de educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SA-SILVA; ALMEIDA, GUINDANI, 2009 (Onde está o restante?)

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: Interface entre a educação permanente em saúde e o agir comunitário. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSK, J. J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autentica editora, 2008.

Trabalhos científicos: organização, redação e apresentação/Universidade Estadual do ceará, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Fortaleza; Eduece, 2010.

APÊNDICES

APENDICE A

QUADRO DE ANALISE DOCUMENTAL DOS PLANOS E ANALISE DE GESTÃO COMPONENTE 1 – GESTÃO

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
Desenvolver um SMSE como espaços de aprendizagem permanente, reorientando o modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizando-o em uma vivência educacional que tem como protagonista os gestores e o(a) trabalhadores(a)s da saúde, as instituições formadores;	- Promover e articular junto as escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem; - Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e praticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS; - Incentivar junto a rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS; - Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;	- O desenvolvimento de uma gestão participativa e compartilhando através de mecanismo de cogestão; - A gestão da saúde em fortaleza reafirma o seu compromisso com o fortalecimento e qualificação do SUS, compreendendo a saúde como um objeto complexo, produzido socialmente, cuja construção requer uma “abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional”;
Instituir e implementar o SMSE, integrando ensino, serviço, pesquisa e comunidade;	- Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção a saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento; - Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; - Integração das Redes Assistenciais do Sistema Municipal de Saúde como forma de garantir a integralidade do cuidado em saúde;	- Modelo integral - a integralidade á saúde é um dos princípios do SUS que norteiam a organização e a gestão do Sistema. É sob o olhar da integralidade que o ser humano é compreendido em sua totalidade e em interação holística com o Planeta Terra e, mais proximamente, com o território “vivo”, onde reside; - A integralidade orienta a cadeia de cuidados progressivos á saúde, como também, o desenvolvimento de estratégias no campo da promoção á saúde;

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
Desenvolver estratégias de intervenção no cotidiano dos serviços de saúde envolvendo as varia iniciativas de formação do SMSE;	- Sistema Municipal de Saúde Escola, implementando a integração entre os campos do ensino, pesquisa e serviço, através de estratégias de educação permanente em saúde, valorizando o espaço dos serviços como produtor de saberes e práticas em saúde; - Realizar a educação permanente na saúde como espaços de construção do conhecimento e troca de informações entre trabalhadores, gestores, instituição de ensino e controle social para qualificação do serviço público e da saúde da população; - Desenvolver o modelo de gestão e de atenção integral à Saúde do Sistema Municipal de Saúde organizado por meio das linhas de cuidado articuladas nas Redes de Atenção à Saúde;	- A pesquisa integrada á produção de ciência e tecnologia apropriadas, necessariamente, deve adentrar o sistema, como formar de sugerir cientificamente novos caminhos, novas possibilidades, ampliando e dando potencia aos processos evolutivos de tomada de decisão e construção do SUS. Além disso, pesquisa podem também ser desenvolvidas a partir de demandas assistenciais e de gestão proveniente do Sistema; - A Roda de Gestão como espaço de cogestão que perpassam os territórios “vivos”, as redes assistenciais e as políticas e estruturas do sistemadescentralizando e democratizando os processos de gestão e tomada de decisão;
Instituir e implementar o projeto cirandas da vida articulada a política municipal de saúde com as praticas populares de cuidado em saúde e demais políticas intersetoriais;	- Fortalecer as ações de organização e de educação permanente das equipes na Atenção Básica; - Investir na educação permanente em saúde dos trabalhadores de 100% dos hospitais da rede própria e Centros de especialidades médicas,	- As rodas apresentam funções terapêuticas, administrativas e educativas(Campos, 2000); - Eixos programáticos e propostas estratégicas, de modo articulado nas práticas de atenção , gestão, educação, controle social e participação popular. Na intencionalidade de fazer avançar os processos de radicalização da Reforma Sanitária, democratização da gestão participativa e concretização dos princípios do SUS, tendo como referência a ética do cuidado redefinimos os eixos programáticos e estratégias. O funcionamento das redes dá-se a partir da definição de um conjunto de Linhas de Cuidado;

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
Desenvolver parcerias com instituições nacionais e internacionais na produção de novas tecnologias de informação e no desenvolvimento de formação técnica.	Desenvolver um Sistema Municipal de Saúde Escola como espaço de aprendizagem permanente, reorientando o modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizando-o em uma vivência educacional que tem como protagonistas os gestores e o(a)s trabalhador (a)s da saúde, as instituições Formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares;	Linhas de Cuidado são um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde' (Braga 2006) em diferentes pontos de atenção, tais como: estratégia saúde da família, atenção especializada, atenção hospitalar, etc;
PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
	Instituir e implementar o Sistema Municipal de Saúde Escola, integrando ensino, serviço, pesquisa e comunidade Implementar a organização das Práticas de Regulação do Ensino em todas as Redes de Atenção à Saúde e Instituições de Ensino conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde/Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme Lei Federal nº 11.788/2008 Implementar processos formativos nas áreas prioritárias das Políticas Públicas para os profissionais de saúde nas áreas da Atenção, Gestão, Formação, Controle Social, conforme quadrilátero da Educação Permanente.	- Para cada linha de cuidado: criança, adolescentes, mulher, homem, idoso, etc, define-se um conjunto de ações necessários em cada ponto de atenção: estratégia saúde da família, atenção especializada, atenção hospitalar, etc) suportadas por um processo de educação permanente capaz de fortalecer os atores no percurso, durante o processo de ação-reflexão. - Esta arquitetura também é apoiada por um suporte logístico e sistemas de apoio em cada ponto de atenção, além de um importante processo de gestão participativa e compartilhada.

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
• Realizar curso de residência de medicina de família e comunidade, envolvendo 60 profissionais médicos; • Formar 439 profissionais em cursos de pós-graduações; • Realizar curso de residência de medicina de família e comunidade, envolvendo 66 profissionais de formações diversas;	• Integrar pesquisa-ensino-serviço nas práticas diárias das unidades de saúde, proporcionando aos profissionais; • Contato direto com instituições formadoras (universidades, centros de pesquisa, entidades de classe, centros de Formação continuada); • Alcançar as metas, indicadores e bons resultados da atenção à saúde em 100% das Unidades Básicas de Saúde; • Desenvolver parcerias com as organizações governamentais e não governamental para o desenvolvimento de pesquisa em saúde;	• Proposta estratégicas- integrar pesquisa-ensino-serviço nas praticas diárias das unidades de saúde, proporcionando aos profissionais contato direto com instituições formadoras (universidades, centros de pesquisa, entidades de classe, centros de formação continuada);
• Realizar cursos, seminários e oficinas de fortalecimento da política municipal de humanização e implementação de seus dispositivos, envolvendo 100% dos trabalhadores do sistema municipal; • Realizar curso sequencial de gestão em saúde para 272 profissionais da rede hospitalar;	• Promover cursos e encontros diversificados de capacitação e treinamento em serviço para gestores (as), trabalhadores (as) e usuários (as) do SUS de 100% das Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza, no sentido de que a atenção á saúde desde o seu primeiro nível de atenção se dê em adequação ás normas e legislação em vigor no que se refere á Atenção Básica, ao SUS como um todo e ao preconizado e determinado para os serviços públicos de maneira geral, de forma democrática, eficaz, e com a priorização ao cuidado às pessoas, à satisfação da clientela atendida / acompanhada e com o emprego de todos os recursos;	

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
• Realizar cursos de residência médica especialidades; • Desenvolver estratégias de intervenção no cotidiano dos serviços de saúde envolvendo as várias iniciativas de formação do SMSE; • Desenvolver parceria com as instituições de ensino superior na realização do projeto de extensão ligada de saúde da família.	• Fortalecer as ações de organização e de educação permanente das equipes da Atenção Básica e a estrutura de 100% das Unidades Básicas de Saúde de modo a manter o alcance das metas de cobertura vacinal contra as principais doenças não preveníveis garantindo, como pactuado por meio do PROESF e SISPACTO, o alcance de 95% de cobertura da vacina tetravalente, contra difteria, tétano, coqueluche e Haemophilus influenza e a meta de 95% da vacina contra a poliomielite; • Investir na educação permanente em saúde dos trabalhadores de 100% dos hospitais da rede própria e centros de especialidades médicas;	
	• Desenvolver um Sistema Municipal de Saúde Escola como espaço de aprendizagem permanente, reorientando o Modelo Assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizando-o em uma vivência educacional que tem como protagonistas os gestores e o(a)s trabalhador(a)s da saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares; • Instituir e implementar o Sistema Municipal de Saúde Escola, integrando ensino, serviço, pesquisa e comunidade; • Realizar curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em parceria com o Ministério da Saúde;	

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
	• Implementar um curso de pós-graduação para os profissionais de saúde do Município de Fortaleza; • Realizar Cursos, Seminários e Oficinas de Fortalecimento da Política Municipal de Humanização e implementação. De seus dispositivos, envolvendo 100% dos trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde; • Realizar Curso de Residência Médica em Especialidades, em parceria com o Ministério de a Saúde Desenvolver parcerias com organizações governamentais e não governamentais para o desenvolvimento de pesquisas em saúde; • Desenvolver parceria com as Instituições de Ensino Superior na realização dos Projetos Pró-Saúde e Pet- -Saúde;	
	• Desenvolver parcerias com instituições nacionais e internacionais na produção de novas tecnologias de informação e no desenvolvimento de formação técnica Implementação de 10 cursos de formação de facilitadores nas áreas da Saúde da Mulher e da Criança, atendendo as prioridades do Pacto da Redução da Mortalidade Materna e Infantil, em parceria com a Comissão de Integração Ensino e Serviço - CIES da Macro Fortaleza/Secretaria de Saúde do Estado, Instituições; • Formadoras conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde.	

PLANO 1	PLANO 2	POLÍTICA NACIONAL
	Desenvolver estratégias de intervenção no cotidiano dos serviços de saúde envolvendo as várias iniciativas de formação do Sistema Municipal de Saúde Escola.	- Ações intersetoriais que exercem efeitos conjugados importantes para a promoção da qualidade de vida população; - Política de Humanização e sua interface com EP; - A valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social das praticas de gestão e de atenção á saúde; - Escuta solidaria, compartilhada e compreendendo de forma contextualizada seu sofrimento e sua necessidade em saúde, tanto em âmbito individual como numa perspectiva coletiva; - Humanização dos serviços, do atendimento e da ambiência das unidades de saúde; - Prestação de serviço de sus de resolutivo; - Ferramentas de atenção- acolhimento c/classificação de risco; equipes de referencia e apoio matricial; pts;projetos de construção coletiva de ambiência; colegiado gestão; contratos de gestão; sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; projeto acolhendo os familiares/rede social participante; programa de formação em saúde.
	- Assegurar processos formativos, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e outras instituições, para os conselheiros locais, regionais e municipais; - Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação Popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.	- O desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e de seus coletivos; - Colaboração solidaria com vistas a melhoria da qualidade de vida da população, da sua inclusão social, da promoção dos direitos humanos; - Reconhecimento do direito do cidadão e cidadã ser assistida com integralidade, qualidade excelência; - O desenvolvimento das instancias de controle social; - A comunicação e democratização das informações em saúde.

APENDICE B

CONCEITOS DOS COMPONENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA INTERFACE COM OS RELATÓRIOS DE GESTÃO

COMPONENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	CONCEITOS
GESTÃO	• Formular e executar políticas formativas para trabalhadores; • Integração entre o ensino da saúde e o exercício das ações e serviços; • Condução de gestão e de gerencia e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo das praticas e da educação dos profissionais da saúde; • Condução loco regional da PNEPS será efetivada mediante um colegiado de gestão como CIES- instância interinstitucional e loco regional- Fórum do SMSE; • Desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde; • Desenvolvimento da educação popular, com a ampliação da gestão setorial sobre políticas publicas - Cirandas da Vida; • Praticam gerenciais e organizações da rede; • Compromisso dos gestores com a formação; • Transformar toda rede de gestão e de serviço em ambientes-escola; • Instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS; • Formação e desenvolvimento com bases loco regionais; • Construção de indicadores de avaliação e monitoramento da EP através da SMSE, incorpora ao cotidiano da gestão gerencial e da condução gerencial junto as IES e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como interlocutor nato das escolas de formação profissional e não como mero campo de estagio ou aprendizagem pratico; • Organização e descentralização na relação entre ensino e sistema de saúde; • A gestão lugares de produção da atenção aos grupos territorializados.

COMPONENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	CONCEITOS
FORMAÇÃO	• Educação permanente estratégia para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS; • Processo de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referencia as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das praticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização de trabalho; • Formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, com elaboração de projetos de mudanças: mudanças na graduação, educação técnicas, nas especializações em serviços, nas residências medicas e multi, desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde, envolvimento com movimentos estudantil da saúde, produção de conhecimento para mudanças das praticas e de formação; educação popular; • Instituições de ensino superior- praticas de formação, produção do conhecimento e cooperação técnica- compromisso dos formadores com o sistema de saúde; produção e disseminação de conhecimento pro relevância e compromisso; • Mudanças nas praticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção; • Formação e desenvolvimento para gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; • Apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutive.

COMPONENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	CONCEITOS
ATENÇÃO	• Reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde • Atenção integral à saúde e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde na rede SUS- atenção em rede (considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social do conhecimento) • Ações e os serviços de atenção à saúde- profissionais e suas práticas

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, 17 de janeiro de 2011

IDENTIFICAÇÃO

Título: “Processo de formação em saúde como estratégia de melhoria do cuidado interdisciplinar e integral para o SUS”.

Folha de Rosto: 383,554

Processo: 10461052-2

Pesquisador responsável: Maria Salete Bessa Jorge.

Instituição responsável: Universidade Estadual do Ceará.

Área temática: Enfermagem

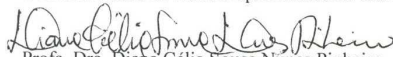
RESUMO

Trata-se de um projeto de pesquisa que tem como objetivo: avaliar a formação dos enfermeiros nos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, em instituições de ensino superior (públicas e privadas) do Ceará, a partir das diretrizes curriculares nacionais, projetos políticos pedagógicos e metodologias de ensino aprendizagem, e suas articulações teóricas e práticas com o modelo de saúde integral, preconizado pelo SUS. É um estudo de natureza qualitativa, numa perspectiva crítico-analítica. Será realizado no município de Fortaleza-Ceará. Trata-se de uma investigação a ser desenvolvida junto a docentes e discentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e enfermeiros da rede SUS, que atuam como preceptores nos campos de prática/estágio, totalizando 50 sujeitos. Para coleta de dados serão utilizadas as seguintes técnicas: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e documentos. De forma complementar será utilizado um questionário e um formulário para o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Os aspectos éticos estão descritos, assim como o compromisso da pesquisadora em observá-los durante a realização da investigação. Os TCLEs, em número de três, estão adequados e respeitam os aspectos éticos. Traz cronograma e orçamento apontando a fonte de recursos para a realização da pesquisa. A pesquisadora tem currículo na base Lattes. A pesquisa tem previsão de término para novembro de 2012.

PARECER

Considerando o descrito no resumo, o projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), portanto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.


Prof. Dr.ª Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do CEP/UECE

