

EDUARDO FIGUEIREDO DE MORAES REGO

**“PROMOVER SAÚDE EDUCANDO,
EDUCAR PROMOVENDO SAÚDE:
Polaridade e Reciprocidade da Saúde do Trabalhador
no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil”.**

CAMPINAS, 2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**“PROMOVER SAÚDE EDUCANDO,
EDUCAR PROMOVENDO SAÚDE:
Polaridade e Reciprocidade da Saúde do Trabalhador
no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil”.**

Eduardo Figueiredo de Moraes Rego

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Epidemiologia. Sob a orientação do Prof. Dr. Heleno Rodrigues Correa Filho.

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R265p Moraes Rego, Eduardo Figueiredo de, 1963 -
 Promover saúde educando, educar promovendo
 saúde: polaridade e reciprocidade da saúde do
 trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil /
 Eduardo Figueiredo de Moraes Rego. -- Campinas, SP:
 [s.n.], 2012.

 Orientador: Heleno Rodrigues Correa Filho.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
 Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Saúde do trabalhador. 2. Educação em saúde.
 3. Promoção da saúde. 4. Sistemas de saúde. 5.
 Política de saúde. I. Correa Filho, Heleno Rodrigues. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: To promote health educating and to educate promoting health: polarity and reciprocity of worker's health at the Brazilian National Unified Health System (SUS).

Palavras-chave em inglês:

Occupational Health

Health education

Health promotion

Health systems

Health policy

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Heleno Rodrigues Correa Filho [Orientador]

Sílvia Maria Santiago

Márcia Hespanhol Bernardo

Data da defesa: 24-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

EDUARDO FIGUEIREDO DE MORAES REGO

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Heleno Rodrigues Correa Filho

Membros:
Professor(a) Doutor(a) Heleno Rodrigues Correa Filho
Professor(a) Doutor(a) Silvia Maria Santiago
Professor(a) Doutor(a) Márcia Hespanhol Bernardo

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24 de fevereiro de 2012

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai (in memoriam) e minha mãe
que sempre contribuíram e torceram pelo meu êxito.*

*Ao Wanderley Junior Alves Fabri, meu amigo filho que
sempre me apoiou, incentivou e ajudou*

*À minha querida amiga Dra. Maria Jansen (in memoriam) que sempre me
incentivou e muito me ensinou como profissional e cidadão*

*Ao meu Mestre, eternamente Orientador, Dr. Heleno Rodrigues Correa Filho, que,
professor e amigo, brilhantemente, me conduz na Academia.*

*À equipe do Núcleo de Saúde do Trabalhador que, juntos integramos e
desenvolvemos a Educação Permanente e a Saúde do Trabalhador no
Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde.*

*A todos trabalhadores da saúde, da educação, da vigilância sanitária,
da vigilância epidemiológica, da saúde do trabalhador e da saúde coletiva,
especialmente na construção de um Brasil melhor com o SUS.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Heleno Rodrigues Correa Filho, que imediatamente aceitou meu pedido de orientação, sempre com sublime acolhimento, apoio e cuidado: um verdadeiro pai para nós, seus orientandos;

Aos Professores da banca, titulares: Prof^ª Sílvia e Prof^ª Márcia, e suplentes: Prof^ª Iguti e Prof^º Rodolfo que prontamente aceitaram o convite de participação;

Aos demais Professores do Departamento de Saúde Coletiva que nos constroem;

Aos colegas da Pós-Graduação – UNICAMP, que juntos caminhamos, especialmente minha amiga Ana Cláudia Alves Martins;

Às minhas irmãs, cunhados, sobrinhos, sobrinhas e demais familiares no Rio de Janeiro e à minha família adotiva de Santa Maria da Serra - São Paulo;

À minha turma de Medicina da UERJ 1986 que, aos 25 anos de formados, permanecemos juntos;

À todos que comigo caminharam na Saúde do Trabalhador, na Educação Permanente e na Saúde Coletiva, especialmente à Clarice Bragantini, à M. Cristina Rubini e à Genice A Medeiros da Costa;

E também aos colegas da Saúde Pública, da Vigilância Epidemiológica e, principalmente da Vigilância Sanitária, onde tudo começou.... em especial à Rita Angélica Ferreira Ribeiro.

À Deus por me dar forças na vida...

*“Enquanto não estivermos comprometidos, haverá a hesitação...
Em relação a todos os atos de iniciativa e criação, existe uma verdade
elementar, cuja ignorância mata inúmeros planos e idéias esplêndidas.
No momento em que, definitivamente, nos comprometemos, a providência
divina também se põe em movimento. Todos os tipos de coisas ocorrem para
nos ajudar... todo um fluir de acontecimentos surge a nosso favor como
resultado da decisão, todas as formas imprevistas de coincidências, encontros
e de ajuda material... A coragem contém em si
mesma a força e a magia”.*

Johan Wolfgang Von Goethe
GOETHE – Poeta e Pensador alemão
* 28 /08/1749 a 03/1832

Sonho Impossível

Maria Bethânia

Sonhar mais um sonho impossível
Lutar quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar num limite improvável
Tocar o inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar este mundo, cravar este chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz
E amanhã se este chão que eu beijei
For meu leito e perdão
Vou saber que valeu
Delirar e morrer de paixão
E assim, seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão

Composição: J.Darion / M.Leigh / Ruy Guerra

Buscamos descrever uma política de integração da Educação Permanente em Saúde com a Saúde do Trabalhador, focalizando os diversos atores sociais envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) abrangido pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde (POLO) de janeiro de 2003 a dezembro de 2008. O método utilizado foi a observação participante complementada por análise histórico-documental sobre a legislação da política nacional de saúde, da política nacional de educação em saúde e gestão para o trabalho, da criação e implantação da RENAST– Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e dos POLOS posteriormente transformados em Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Analisamos as regiões de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, sobre a Educação como forma de promoção da Saúde do Trabalhador e a Saúde como forma de promoção da Educação para o Trabalho saudável e seguro. Concluímos que houve bons e raros momentos de atuação recíproca e harmônica entre a EPS e a ST atravessados por períodos de ação polarizada em cada campo estudado em todos os níveis de atenção do SUS, finalizando em um período de estagnação e retrocesso que mostrou fragilidades na democratização e na gestão colegiada para definir prioridades e ações em Saúde.

Palavras-chave: Saúde dos Trabalhadores; Educação em Saúde; Promoção da Saúde, Sistemas de Saúde, Políticas de Saúde.

We sought to describe an integrative policy on Continued Health Education (EPS) together with Workers' Health services (ST), focusing on social stakeholders into the SUS, encompassed by the Caucus of Workers' Health as part of the São Paulo Upstate Eastern Regional Section for Continued Health Education (POLO), from January 2003 through December 2008. The method adopted was participant observation and legal and historical documents analysis with regards to the national health policies; the national policies on health education and management of health services; the creation of a National Network of Integrated Services for Workers' Health (RENAST); and also the POLOs that were lately transformed into Permanent Commissions for Integration of Health Services and Teaching (CIES). The regions of Campinas, Piracicaba and São João da Boa Vista were analyzed considering education as a means to promote workers' health and health services as a means to promote continued education for safety and health at work. We concluded that there were rare and good moments of harmony and reciprocity between EPS and ST trespassed by periods of isolated polar actions in each field in all levels of the SUS network, ending in a period of stagnation and retreat that showed how fragile the processes of collegiate and democratic management can be when health services actions and priorities are designed.

Key-words: Occupational Health, Health Education, Health Promotion, Health Systems, Health Policy.

Buscamos describir una política de integración de la Educación Continuada en Salud (EPS) y la Salud en el Trabajo (ST), centrándonos en los actores sociales involucrados en el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) cubiertos por el Núcleo de Salud en el Trabajo en el Polo Este Paulista de Educación Permanente en Salud (POLO) de enero de 2003 hasta diciembre de 2008. Utilizamos el método de la observación participante y el análisis de documentos históricos y legales sobre las políticas nacionales de salud, de educación para la salud, la gestión de trabajo en salud, la creación e implementación de la RENAST- Red Nacional de Atención a la Salud del Trabajador y de los POLOs al fin transformados en Comités para la Integración permanente de Educación y Servicios (CIES). Se analizaron las regiones de Campinas, Piracicaba y São João da Boa Vista, considerando la educación como una forma de promoción de la salud del trabajador y bien la Promoción de la Salud como un medio para promover la Educación para el Trabajo sano y seguro. Concluyéramos que hubo momentos buenos y raros de interacción armónica entre la EPS y ST marcada por períodos de acción polarizada en sus respectivos campos en todos los niveles del SUS, terminando en un período de estancamiento y retroceso que mostró las debilidades en la democratización y la gestión compartida para establecer prioridades y acciones en Salud

Palabras-Clave: Salud Laboral, Educación en Salud, Promoción de la Salud, Sistemas de Salud, Política de Salud.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Odontológico
AES	Asociación de Economía de La Salud
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APDRT	Associação dos Portadores de Doenças Relacionadas ao Trabalho
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
ASPACER	Associação Paulista das Cerâmicas de Revestimento
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEFOR	Centro de Formação de Profissionais de Educação
CEREST	Centro Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CETESB	Companhia Ambiental do Estado de São Paulo
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPR	Comitê Permanente Regional
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRTS	Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DEGES	Departamento da Gestão da Educação em Saúde
DEGERTS	Departamento da Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DF	Distrito Federal
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DIR	Direção Regional de Saúde
DORT	Doença Ósteo-muscular Relacionada ao Trabalho
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
EDA	Escritório de Defesa Agropecuária
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
ET-SUS	Escola Técnica de Saúde
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FIMI	Faculdades Integradas Maria Imaculada
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
FSM	Fórum Social Mundial

FUNDACENTRO	Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GERUS	Rede Gestão do SUS
GRIAR	Grupo Regional de Implantação e Acompanhamento da Renast
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
GVS	Grupo de Vigilância Sanitária
HND	História Natural das Doenças
IAL	Instituto Adolpho Lutz
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Sevidores do Estado
ISCA	Instituto Superior de ciências Aplicadas
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
NESC	Núcleo de Saúde Coletiva
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONG	Organização Não Governamental

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ORLA	Oficina Regional Latino Americana
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAISC	Programa Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEP	Pólo de Educação Permanente
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
POLO	Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde
PNEP	Programa Nacional de Educação Permanente
PNSI	Programa Nacional da Saúde do Idoso
PNSST	Programa Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Profissionais da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Reformas Curriculares nos Cursos de Medicina

PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PROSAUDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
QVs	Qualidade de Vida em Saúde
REFORSUS	Projeto Reforço à Reorganização do SUS
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RMMFC	Residência Médica em Medicina da Família e da Comunidade
SEMSAT	Semana de Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESMT	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SGTES	Secretaria de Gestão do trabalho e Educação na Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SF	Saúde da Família
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dentária
UIPES	União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VE	Vigilância Epidemiológica
VER/SUS	Vivência e Estágio na Realidade do SUS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: O paradigma da História Natural da Doença segundo Leavell & Clarck (1976).....	253
Quadro 2: Níveis de aplicação da medicina preventiva segundo Leavell & Clarck (1976).....	254
Quadro 3: Abordagens da Atenção Primária em Saúde - Declaração de Alma-Ata (Teixeira, 2005)	255
Quadro 4: Principais diferenças entre a medicina do trabalho e a saúde do trabalhador, segundo categorias de análise selecionadas.....	256
Quadro 5: Relatório de Gestão 2009, da SGTES.....	265
Quadro 6: Distribuição dos CIES no Estado de São Paulo	266
Quadro 7: Composição dos CIES do Estado de São Paulo	268

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Organograma da organização de SGTES	257
Gráfico 2: A interinstitucionalidade na formação, atenção, gestão e controle social em saúde dos territórios	262
Gráfico 3: Mapa dos CIES do Estado de São Paulo	267
Gráfico 4: Mapa dos municípios da abrangência dos CRSTs (atuais CERESTs) de Piracicaba e Rio Claro	276

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Critérios e valores para primeira distribuição de recursos do MS para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde. (Anexo 1 da Portaria 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004).....	258
Tabela 2: Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a alocação de recursos financeiros do Governo Federal para os Estados. (Anexo 2 da Portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004).....	259
Tabela 3: Distribuição dos pesos relativos dos critérios para a alocação de recursos financeiros do Governo Federal para os Estados e Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde (Anexo 1 da Portaria nº 1669 GM/MS, 20 de agosto de 2007).....	260
Tabela 4: Distribuição de recursos financeiros para os Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo Extraída da apresentação da Dra. Karina Barros Calife Batista, Pólo de Educação Permanente Grande São Paulo, 2004	261
Tabela 5: Critérios e Valores para a distribuição do financiamento federal da Política Nacional de Educação permanente em Saúde. (Anexo 1 da Portaria nº 1669 GM/MS, 20 de agosto de 2007).....	263
Tabela 6: Critérios e Valores para a distribuição do financiamento federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Educação profissional de Nível Técnico. (Anexo 1 da Portaria nº 1669 GM/MS, 20 de agosto de 2007)	264

RESUMO.....	xv
ABSTRACT	xvii
RESUMEN	xix
LISTA DE SIGLAS	xxi
LISTA DE QUADROS	xxx
LISTA DE GRAFICOS.....	xxxiii
LISTA DE TABELAS	xxxv
1. INTRODUÇÃO	41
1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL.....	46
1.1.1 O cenário antes do S.U.S. – de 1964 a 1981: Privatização da Assistência e Consolidação da Rede Privada.....	49
1.1.2 O Cenário Antes do SUS – de 1981 a 1992: Cara a Cara com A Crise.....	60
1.1.3 Condensando e Compreendendo as Mudanças: A Saúde Coletiva tem História.	67
1.1.4 DE 1990 a 1999 - A Década de 90: O Sistema Único de Saúde o SUS: Seus Princípios Doutrinários e Organizativos.....	79
1.1.5 De 2000 aos dias atuais - Atenção Básica: Instituinto a Atenção Primária no Brasil.....	90
1.2 PASSO A PASSO DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	99
1.2.1 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	104
1.2.2 O Grupo Regional de Implantação e Acompanhamento da RENAST.....	106
1.3 PASSO A PASSO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	111
1.3.1 A Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	111
1.3.2 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	118
1.3.3 OS Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS	120
1.3.4 As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)	135

2. JUSTIFICATIVA.....	149
3. HIPÓTESES.....	153
4. OBJETIVOS.....	157
4.1 OBJETIVO GERAL	159
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	159
5. METODOLOGIA	161
6. RESULTADOS.....	165
6.1 INTEGRANDO A SAÚDE DO TRABALHADOR E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO POLO LESTE PAULISTA.....	171
7. DISCUSSÃO	193
8. CONCLUSÃO	211
9. CONSIDERAÇÕES.....	217
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	223
ANEXO	247
APÊNDICE.....	251

1. INTRODUÇÃO

A Saúde brasileira é hoje um misto da contribuição histórica das ações da Saúde Pública com o engajamento progressista da Saúde Coletiva no processo de reforma e/ou reconstrução do sistema nacional de saúde, com a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, de Programas Nacionais como a Saúde do Trabalhador e ainda a Educação em Saúde e Gestão do Trabalho.

No presente trabalho, buscou-se elucidar a trajetória histórica da saúde brasileira e as contribuições de importantes autores na reformulação do sistema e consolidação de um novo olhar para a saúde, de seus processos, doutrinário e organizativo através do pensamento coletivo como base de reflexão transdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, identificando no contexto histórico nacional as evidências precursoras e sinalizadoras da germinação e posteriores concretizações de experiências de integração da Saúde do Trabalhador com a Educação em Saúde.

A Constituição Brasileira de 1988⁽¹⁾ e a conseqüente criação do Sistema Único de Saúde em 1990 certamente marcaram uma etapa importante na História das Políticas de Saúde do Brasil instituindo a Saúde Coletiva e, conseqüentemente, a Atenção Primária à Saúde e a Rede Especializada, à realidade até então exclusiva de Saúde Pública que o país conhecia. Torna-se fundamental a noção exata de Saúde Pública e de Saúde Coletiva para a correta compreensão da trajetória da Atenção à Saúde do Trabalhador e da Educação em Saúde como políticas nacionais integradas na promoção à Vida.

Compreende-se a **saúde pública** como ações de saúde centradas na ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações⁽²⁾. Na concepção mais tradicional, é

a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Não deve ser confundida com o conceito mais amplo de **Saúde Coletiva**⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde, ao preconizar o conceito de saúde como completo bem estar físico, psíquico e social reforça a definição de Saúde Pública apresentada por Winslow, Charles-Edward Amory (1877–1957)⁽⁴⁾, nos EUA em 1920:

“A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”.

Assim, surgiu um conceito ampliado de **saúde coletiva**, que ia além do mecanismo curativo do processo saúde-doença: o enfoque individual deixou de ser único e um olhar coletivo surgiu como norteador das tendências epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais; com base no estado de saúde da população e de grupos populacionais específicos. Além disso, políticas e programas de saúde foram necessárias para a cobertura coletiva das ações desde a atenção primária até a secundária e terciária o que tornou fundamental a integração e organização em rede dos serviços de atenção, pois

que os grupos populacionais que os utilizavam eram os mesmos em todos seus estágios de vida. Fatos marcantes foram as características da população brasileira, compondo um país de extrema diversidade cultural, étnica, social, religiosa, e de biomas e tradições, o que impôs equilíbrio entre os saber científico e popular, pois o brasileiro de população ribeirinha acessado por canoa e com linguagem e terminologia peculiares, tinha o mesmo direito à saúde que aquele brasileiro da metrópole que acessava aos serviços e com linguagens e termos distintos.

O Brasil refletia as mudanças de paradigma que vinham ocorrendo no continente americano: segundo Paim⁽⁵⁾, "A Saúde Coletiva, latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, desenvolveu-se a partir da Medicina Social do Século XIX e pela saúde pública institucionalizada nos serviços de saúde e academia. Envolve um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde"⁽⁵⁾.

E na Europa identificavam-se elementos preliminares e precursores dos movimentos que vieram a eclodir como Saúde Coletiva:

"Identificam-se três etapas para consolidação da medicina social, inclusive como disciplina do curso de formação médica: a Polícia Médica, especialmente desenvolvida na Alemanha no início do século XVIII a fim de prover o Estado sobre os índices de saúde da população alemã, a Medicina das Cidades ou Medicina Urbana, que tem como objetivo controlar os fatores nocivos à saúde da população urbana que estavam associados às grandes epidemias, evidenciada na França, e, por fim, a Medicina da Força de Trabalho, consolidada no sanitário inglês, que objetiva manter a sua força trabalhadora plenamente apta"⁽⁶⁾.

Ainda segundo Foucault, a **Higiene Pública** relacionava-se à emergência política do "governo das populações" em que o governo das atividades humanas passava a ser elemento constitutivo da força do Estado, pelas vias citadas acima; seja pela via da Polícia Médica como mecanismo disciplinar; seja pela via da gestão dos perigos como dispositivos de segurança, que somados, caracterizarão as chamadas tecnologias de governo do liberalismo do século XVIII ⁽⁷⁻⁸⁾.

Surgiu então o conceito de **Medicina Social** como um conceito político ligado às lutas socialistas do século XIX, especialmente a ressignificação da Medicina proposta pelo médico e político alemão Rudolf Virchow⁽⁹⁾ : "A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala".

"o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política"⁽⁶⁾.

A amplitude alcançada pela **Saúde Coletiva**⁽¹⁰⁾ foi além da Medicina Social, com ações multiprofissionais e interdisciplinares / transdisciplinares, com todas as Profissões da Saúde e intersetoriais envolvendo a Educação, Trabalho, Justiça, Ambiente, Previdência entre outros.

1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL

Compreender o atual contexto da Saúde Coletiva e da Atenção Primária à Saúde brasileira⁽¹¹⁾ e do Sistema Único de Saúde (SUS) implica a compreensão e conhecimento das referências históricas do processo de formulação das

estratégias e ações em saúde e das trajetórias políticas e sociais do país; ressaltando a interface intersetorial com a Previdência e o Trabalho e confrontando, ao longo dos anos, diversos atores sociais de diferentes posturas políticas e ideológicas⁽¹²⁻¹⁴⁾ .

A Constituição Federal de 1988⁽¹⁾ implantou legalmente o Sistema Único de Saúde como momento histórico de início de transformação da realidade então vivida pela sociedade brasileira e de construção de um novo modelo de oferta ou modo de consumo de saúde no país. A brusca e radical mudança proposta e iniciada com a Constituição Federal de 1988⁽¹⁾ e conseqüente criação do SUS, superou os limites da Saúde propriamente dita, estendendo-a aos fatores determinantes e condicionantes da vida humana, pois acontecia simultaneamente uma mudança política, na qual o Brasil deixava de ser uma ditadura militar e instituíam-se a democracia como “modos vivendi” de nação republicana federativa presidencialista pelo voto direto. O sucesso das Conferências foi fruto direto do fim da repressão e censura que, permitiu além do livre pensar; o livre participar e o livre expressar. O autor desta pesquisa participou de três Conferências Nacionais – XIII Conferência Nacional de Saúde em 2007, III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2006 e XIV Conferência Nacional de Saúde em 2011, como Delegado pelo Estado de São Paulo, na primeira representando os trabalhadores de saúde e na segunda e terceira, o segmento gestor; ressaltando a etapa Estadual, a Regional (o Estado de São Paulo é o único da Federação a realizar etapa Regional através de Plenárias Paritárias Regionais) e a Municipal. No nível Regional e Municipal participou também das Conferências de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e da Assistência Social e no nível municipal como palestrante em 18 Conferências Municipais. Ainda como expressão de mudança e de democracia, os Conselhos de Saúde, nos três níveis da federação confirmaram

a participação da sociedade na construção da saúde do país como plenário de fiscalização, mas também de comunicação e expressão das representações sociais do território de abrangência. O presente pesquisador foi Presidente do Conselho Municipal de Saúde da cidade que residia – Santa Maria da Serra - SP, representando o segmento de prestador de serviço. Na qualidade de delegado em Conferência de Saúde e de membro de Conselho de Saúde, participou e colaborou com o processo de construção e consolidação do SUS, tendo inclusive apresentado propostas que foram aprovadas em Brasília e projetos que foram executados no município. O Brasil de antes de 1988, pouco viveu e raramente deu esta oportunidade à sociedade civil do país, com experiências focais como a revolta da vacina e a luta sindical pela garantia de acesso, entre outras⁽¹²⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, de acesso, de contato, de vínculo, como organizador do cuidado e formulador de rede de atenção; constituiu-se no maior espaço de visibilidade⁽¹⁵⁾, manifestação e contribuição do cidadão ao Sistema Único de Saúde e é nela que se alicerçaram e surgiram os diversos atores sociais envolvidos nos Conselhos e Conferências de Saúde e conseqüentemente na reflexão e mudança de paradigmas na saúde da população brasileira e no Sistema de Saúde do Brasil.

A realidade até então do que a sociedade brasileira vivia em Saúde, na Saúde e de Saúde, como já citado, foi fortemente influenciada por fatos e momentos pontuais da História do Brasil os quais serviram de referência ao presente estudo, para suas elucidação e compreensão. Os fatos históricos, como citado, entrelaçaram as diversas formas de organização e atenção à população e foi assim que, os períodos da Saúde brasileira superpuseram-se às eras sócio-

econômico-político-culturais do país⁽¹⁶⁾ especialmente na transição pré, per e pós SUS.

1.1.1 O cenário antes do S.U.S. – de 1964 a 1981: Privatização da Assistência e Consolidação da Rede Privada.

Em 1964 aconteceu um golpe militar com a derrubada de João Goulart que fugiu para o Uruguai com Leonel Brizola e outros políticos. A Presidência fica com o cargo vago e deu lugar à ditadura militar.

Em 1964, quando os militares assumiram o governo, Raymundo de Brito firmou-se como Ministro da Saúde e reiterou o propósito de incorporar ao Ministério (da Saúde) a assistência médica que era da competência da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde⁽¹⁷⁾.

Foi o período das prisões, tortura, censura e arrocho salarial com conseqüente aumento da pobreza. A classe operária e a classe média passaram da pobreza para a miséria⁽¹⁸⁾. O êxodo rural foi maciço com inchaço das grandes cidades e conseqüente aumento das doenças infecto-parasitárias e da mortalidade infantil⁽¹⁹⁾. A ditadura permitiu a deterioração das condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria das cidades, quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde pública. Até então a saúde pública sempre tivera mais recursos do que a assistência médica. A ditadura inverteu essa relação, diminuindo muito os investimentos em saúde pública⁽¹²⁾.

Os programas de saúde pública que existiam, como saneamento, foram abandonados pelo governo que só dava importância ao que podia ser repassado

para a iniciativa privada. Surgiu uma pergunta: “A Saúde é um bem público ou privado?”

Em 1966, o governo unificou todos os IAPs¹ num órgão único: O “**Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS**”, que marcou também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema e crescente papel do Estado como regulador da sociedade, com automática tentativa de desmobilização das forças políticas populistas anteriores.

“A ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, foi acompanhada por um franco menosprezo pelas medidas de saúde coletiva tanto as tradicionalmente executadas pelo Ministério da Saúde quanto as inovações propostas pelos sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista. Prova mais evidente do descaso com a saúde coletiva é o decréscimo do orçamento do Ministério da Saúde neste período”(20).

A nova ordenação entre o Estado capitalista e o conjunto das classes sociais se deu no sentido de consolidar um bloco dirigente orgânico ao desenvolvimento capitalista⁽¹⁷⁾.

1. Os IAPs constituíam-se nos “Institutos de Aposentadorias e Pensões” criados pelo Presidente da República Getúlio Vargas em 1934, após a Constituinte de 1932; que fez com que as entidades passassem a se organizarem por categorias profissionais e tinham um caráter social: um desconto era feito no salário mensal dos trabalhadores e o fundo assim criado era investido para gerar a massa de recursos necessários para pagar as aposentadorias e pensões. Antes dos IAPs vigoravam as CAPs, “Caixas de Aposentadorias e Pensões”, promulgada pela Lei Eloy Chaves de 1923, considerada o início da Previdência Social no Brasil. As CAPs eram entidades organizadas por empresas, em que as caixas eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras que depositavam 1%

da renda bruta, e os empregados, 3% do salário, a fim de que os trabalhadores operários recebessem assistência enquanto na ativa e aposentadoria em seguida. Ao Estado cabia mais a resolução de problemas.

Segundo Merhy (1997)⁽¹⁷⁾, “logo após o Golpe de 64, no interior do Ministério da Saúde assumiram a direção dos órgãos profissionais como Raimundo de Brito, Borges Lagoa e Leonel Miranda, que imediatamente explicitaram um projeto privatizante e medicalizante”.

O INPS não significou modificação da política de assistência médica anterior, mas sim, a ampliação da cobertura aos trabalhadores domésticos e rurais. O INPS concentrou numa estrutura única todos os Institutos relacionados com a Previdência Social e assim, só quem contribuía poderia usufruir da Previdência. O INPS concentrou todas as contribuições previdenciárias, inclusive de trabalhadores do comércio, indústria e serviços, além dos domésticos e rurais citados acima: ficou evidente que todas as aposentadorias, pensões e assistência médica do Brasil estiveram sob controle de um único Instituto: o INPS, o que significou dizer que todo dinheiro estava concentrado num único órgão, era “muito dinheiro num órgão só” sem nenhum tipo de controle ou fiscalização⁽¹⁷⁾.

A ditadura reprimiu ao máximo todas as formas de comunicação, expressão e pensamento da sociedade brasileira: acontecia a repressão e o exílio de políticos, intelectuais, artistas entre outros. O Brasil preparou-se para a Copa do Mundo de Futebol de 1970, como forma de desvio da atenção popular da realidade miserável e doente que o país enfrentava para a exaltação ao patriotismo do Brasil bicampeão mundial de futebol.

Paralelamente obras gigantescas foram feitas para o crescimento do país: a Rodovia Transamazônica, a Ponte Rio-Niterói, a Usina de Itaipu entre outras, todas construídas com o dinheiro da Previdência.

O INPS criou linhas de financiamento a fundo perdido para que a Iniciativa Privada construísse hospitais particulares para ampliar os leitos hospitalares e, desta forma oferecia assistência médica a todos trabalhadores associados. Assim, o Governo fornecia o dinheiro para a construção e compra dos equipamentos dos hospitais e depois mandava o trabalhador doente utilizá-los e com isso, pagava por cada um deles. Este dinheiro seguia para o banco e tornava-se um bom negócio para eles. Logo em seguida, o Governo Federal anunciou, então, o grande aumento do número de leitos para os beneficiários. Em meados dos anos 70, a Previdência Social conheceu sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e na massa de recursos arrecadados.

A modalidade de compra de serviços de terceiros propiciou o superfaturamento por parte dos serviços contratados que davam preferência ao desdobramento dos atos médicos, às internações mais caras especialmente cirúrgicas e criava com o tempo, a modalidade de atendimento da Medicina de Grupo. Este convênio-empresa como articulação entre Estado e empresariado foi a base do futuro e hegemônico subsistema da atenção médica supletiva ou suplementar⁽¹⁸⁾.

O povo ficava iludido pelo Governo com a maior extensão de benefícios e de rede hospitalar, mas a realidade mostrava que o governo apresentava o maior orçamento da história utilizado sem controle, financiando hospitais particulares e obras faraônicas o que permitia fraudes porque não havia fiscalização nos serviços médicos. Quem assim pensasse era considerado subversivo.

A saúde pública deteriorava-se cada vez mais e epidemias reapareciam como a de meningite em São Paulo⁽¹⁹⁾. A Imprensa que tinha a informação a ser divulgada, proveniente do Governo, era fortemente reprimida e quem falasse e informasse a verdade era também considerado subversivo.

No cenário econômico, a economia crescia e acontecia o “Milagre Econômico”, mas constatou-se também, aumento da mortalidade infantil, aumento dos acidentes de trabalho e dos casos de poliomielite, hanseníase e varíola⁽¹²⁾.

No período de 1966 a 1973 o Ministério da Saúde apresentou-se completamente esvaziado em suas competências dando início à sua autarquização. Assim sendo, as ações da saúde coletiva dispersavam-se nos demais Ministérios: Agricultura, Transportes, Trabalho, Interior, Educação, entre outros e internamente no Ministério da Saúde, num conjunto de ações de autarquias da administração direta e indireta.

Na década de 60, no âmbito mundial, novas concepções de saúde Pública surgiam com base no atendimento integral à saúde⁽²¹⁾. Conceitos como *primary care*, *primary medical care* e *primary physician*, ganharam espaços nas análises e formulações de sistemas de saúde. Com base nesses pressupostos, em 1968, particularmente a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com o Dr. Walter Leser como Secretário Estadual de Saúde e o Prof. Rodolfo Mascarenhas, Diretor da Faculdade de Saúde Pública, passaram por uma reforma na qual os Centros de Saúde assumiram a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento ambulatorial das doenças transmissíveis transformando os centros de saúde de caráter verticalizado e sem articulação regional, em centros de cunho polivalente com a formação de uma rede estadual de Centros de Saúde. O convênio Secretaria - Universidade permitiu a formação de 400 sanitaristas em dois anos já

que a reforma prevista por Leser determinava o comando das unidades sanitárias por médicos sanitaristas. É a partir deste momento que se pode dizer que iniciaram atividades do tipo assistência básica, assistência primária no sentido de garantia do acesso aos diferentes níveis da saúde. Nesta ocasião, houve um crescimento dos Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil e em especial em São Paulo houve um enorme interesse pela carreira da Saúde Pública⁽²²⁾.

No cenário nacional, pela própria postura de estabilidade autoritária de governo; pelas ações conjuntas tecnoburacráticas do governo com os produtores de serviços médico-hospitalares privados e com as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares⁽²³⁾; ficou definido o que se convencionou chamar de “**modelo médico-assistencial privatista**”⁽¹⁴⁾, caracterizado abaixo.

Em 1974 foram criados os **Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)**, ano em que a corrupção atingiu níveis os quais tornavam evidentes a ameaça ao equilíbrio financeiro da Previdência. O FAS foi o órgão responsável pelos empréstimos com juros subsidiados à rede privada de hospitais já citados acima. Destacou-se na ocasião o **II Plano Nacional de Desenvolvimento** que determinava a separação das ações de saúde coletiva e a atenção médica, ficando para o Estado as ações coletivas e ao Setor Privado, financiado pela Previdência Social, a assistência médica. Foi o modelo médico assistencial privatista que alcançou maior autonomia, apesar do Decreto-Lei 200, que criou sua obediência à política nacional de saúde⁽²⁴⁾, destacou o tripé da hegemonia assistencial-privatista dos anos 70: a) Estado como financiador do Sistema, via Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica e c) o

setor privado internacional como maior fornecedor de insumos especialmente equipamentos e medicamentos.

Em 1978 o Governo Federal, a fim de manter o controle sobre as distorções e corrupção - pois que o “exagero do exagero” poderia implicar em risco – controle este necessário para dar continuidade à expansão e, conseqüentemente, sem alterar o modelo vigente - criou a **Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV)**; ampliou os convênios com sindicatos, universidades, prefeituras e estados e normatizou as relações institucionais público-privado e entre esferas de governo. Destacou-se o **Plano de Pronta Ação (PPA)** que objetivava desburocratizar o atendimento de emergência, dando início à universalização com recursos previdenciários e à remuneração de instituições estatais; e o **Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS)**, constituído por 3 órgãos centrais: o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**, que regulava a assistência médica; o **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**, que apesar do mesmo nome, passou a regular apenas os benefícios, e por conseguinte, separando as ações de assistência e Previdência; e o **Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS)**, que passa a controlar a administração direta dos recursos financeiros, o que antes era executado pelo **Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE)**, que então ficou extinto⁽¹⁴⁾.

Paralelamente, na esfera internacional de Saúde, tinha-se que na década de 70, por todo continente americano, aumentavam as conversações e reflexões sobre as ações que seriam priorizadas para os diversos níveis de saúde, especialmente primário, iniciando-se a contestação da centralidade e unicidade da medicina e da supervalorização dos recursos e insumos tecnológicos e

hospitalares. Os Programas de Saúde de diversos países do continente, buscaram seguir, dentre os modelos de saúde-doença conceituados na lógica epidemiológica, o Modelo Processual da História Natural das Doenças (HND), que eram entendidos como o conjunto de processos interativos que criava estímulo patológico no meio ambiente, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte⁽²⁵⁾. O modelo HND consistiu num grande avanço em relação ao modelo biomédico clássico, pois que reconheceu a saúde-doença como um processo na perspectiva de que a produção do conhecimento epidemiológico permitisse a prevenção.

Em 1974 foi formulado o “Relatório Lalonde” no Canadá no qual apontaram os determinantes não-médicos para a qualidade de vida e saúde e a importância da promoção da saúde e prevenção da doença. Marc Lalonde⁽²⁶⁾, Ministro da Saúde do Canadá na época, no relatório *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses) propôs um novo conceito de saúde que a classificava com quatro elementos gerais: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência sanitária; e seu relatório foi o primeiro no mundo ocidental a reconhecer como errado o ênfase da assistência médica sob o ponto de vista biomédico. O relatório propôs também que as intervenções de saúde pública deveriam priorizar os segmentos da população de maior risco.

Em 1975 a XXVIII Assembléia Mundial da Saúde (OMS) propôs a criação dos programas nacionais Atenção Primária à Saúde (APS) e em 1977 a XXX Assembléia Mundial da Saúde (OMS) teve como tema “Saúde para todos no Ano 2000” que já sinalizava aspectos de universalidade, integralidade e equidade para um modelo de atenção à saúde. Em 1978 aconteceu a I Conferência Internacional

sobre Cuidados Primários de Saúde⁽²⁷⁾ em Alma-Ata (OMS & UNICEF), República Socialista Soviética do Cazaquistão, da qual se obteve o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) postulado no Centro de Convenções Lênin, tendo inclusive a presença surpresa do Senador Edward Kennedy, senador norte-americano, ao lado do Diretor-Geral da OMS, o dinamarquês Haldfan Mahler:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”. (Declaração de Alma-Ata) (Who – World Health Organizations, 1978)⁽²⁷⁾.

Assim a meta “Saúde para todos no Ano 2000” da Assembléia OMS de 1977 passou a ter como estratégia fundamental e essencial para o seu cumprimento, a Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, apesar dos interesses privatistas predominarem no cenário da época, as ações de saúde coletiva, que despontavam nos meios intelectuais e políticos, passavam a coincidir com as tendências internacionais voltadas aos cuidados primários em saúde advindos da Conferência de Alma-Ata, da qual o Brasil foi um dos signatários e com a necessidade de atenção aos excluídos pela Previdência Social. Assim sendo, em 1976, iniciou-se o **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)**, o primeiro

programa de medicina simplificada da esfera federal o qual permitiria a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” na máquina estatal⁽¹⁶⁾.

A VII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1979, instalada pelo Presidente da República João Batista Figueiredo, com a presença do Diretor da OPAS e do Diretor Geral da OMS, teve como meta o reforço do compromisso brasileiro com a Declaração de Alma-Ata e com a XXXII Assembléia Mundial de Saúde (OMS) de reforço da meta “Saúde para todos no Ano 2000” (SPT 2000). A Conferência teve como eixo único a “Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos” que já sinalizava a Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto Atenção Básica para o governo brasileiro.

Neste mesmo ano de 1979, no nível mundial, a Fundação Rockefeller, com apoio do Banco Mundial, patrocinou a Conferência de Bellagio, Itália, que propôs o conceito alternativo de “selective primary health care”, com a noção de cuidados primários seletivos como uma alternativa à atenção primária universal/integral. Essa seria uma proposição temporária, enquanto não fosse possível oferecer uma atenção primária como colocada em Alma-Ata⁽²⁸⁾.

Nesta ocasião, a UNICEF rompeu com o paradigma de Alma-Ata, na ótica de que o seu Diretor da época entendia que muitos países não conseguiriam arcar com o custo da atenção universal/integral, o que o levou a focar as ações em grupos específicos como o da população infantil, portanto não universal. Assim surgiu o choque entre o universalismo (Atenção Primária como instrumento de equidade dos Sistemas de Saúde) pressuposto pela OMS e o focalismo (Atenção Primária como estratégia de combate a pobreza e desigualdades sociais) defendido pelo UNICEF, especialmente por algumas experiências bem sucedidas

na redução da mortalidade infantil no continente africano. Esta tensão entre a OMS e a UNICEF perdurou por toda década de 80.

Ao final dos anos 70, iniciaram-se os movimentos contra-hegemônicos, a partir da constatação da saúde pública relegada ao segundo plano no cenário nacional. Eram várias evidências: abandono de ações como saneamento; omissão de dados epidêmicos de poliomielite e meningite; violenta censura; dentre outros⁽¹⁴⁾. Enquanto isso, donos de hospitais enriqueciam às custas da Previdência. Esse paradoxo nacional norteou, nos anos 80, o projeto de Reforma Sanitária brasileira⁽²⁹⁾. O movimento de saúde, integrado fundamentalmente por intelectuais e pesquisadores sanitaristas mas também por participantes do movimento popular e por trabalhadores da saúde, passou a interferir também na formulação de políticas de saúde. A pressão do movimento não permitia mais que o governo tomasse medidas sem levar em conta as reivindicações dos trabalhadores da saúde⁽²²⁾.

Foram criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que passaram a participar das negociações de mudanças no modelo vigente.

O documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde”, elaborado pela Diretoria Nacional do CEBES e aprovado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados em outubro de 1979, transcreveu o perfil dos movimentos pela saúde na década de 70 ao caracterizar as políticas da época:

“Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais

do posicionamento sócio-econômico do governo - privatizante, empresarial e concentrada em renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico (...) Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral”.⁽³⁰⁾ .

1.1.2 O Cenário Antes do SUS – de 1981 a 1992: Cara a Cara com A Crise.

Ao final da década de 1970, o IAPAS decretou a falência da Previdência e, que não podia mais custear a assistência médica dos trabalhadores via INAMPS e que também não podia mais custear as aposentadorias e pensões via INPS. O Governo federal então iniciou a diminuição dos gastos, mas com elevado aumento das contribuições.

A Saúde seguia mal no país e a falência da Previdência já existia há pelo menos 10 anos: a estrutura seguro-saúde desde a criação dos IAPs de Getúlio Vargas até aqueles dias postulava que o trabalhador pagasse para ter benefício e assistência.

As dificuldades marcavam o quadro político e econômico da época, tanto nos âmbitos nacional como internacional, com crescente processo inflacionário e crise fiscal sem controle. A derrota do governo nas eleições de 1982 junto à recessão “quebrava a coesão interna do regime redesenhando seus pactos de governo”

Nos anos 81-83 podia-se observar o seguinte panorama: em períodos de progresso econômico, o número de trabalhadores aumentava e, portanto o recolhimento também; mas em períodos de crise havia demissões em massa e redução do recolhimento, as doenças aumentavam gerando maiores

necessidades de assistência médica⁽¹⁹⁾; concomitantemente ocorria o envelhecimento da população e aumento dos benefícios. O aumento das necessidades em assistência e o aumento das aposentadorias traduziam-se em mais dinheiro saindo do que entrando. O problema era que o orçamento da Previdência era quase igual ao da Nação, porém não fazia parte dele e nem este era controlado como o orçamento nacional. Era aplicado apenas em projetos do Governo Federal desde Getúlio Vargas até Fernando Collor de Melo, passando pelos militares; ou seja, desde a Transamazônica; mas o Governo nunca devolvia o dinheiro para a Previdência. Além disso, um dos motivos da falência da Previdência, foi os custos crescentes, determinados pela privatização da rede.

Teixeira & Oliveira (1976) definiram os anos 80-83 como um período de tríplice crise:

A crise ideológica como repercussão reflexiva à Conferência de Alma-Ata voltada para a atenção primária e inclusão universal.

A crise financeira, pois que a base do financiamento do sistema em expansão das populações cobertas pela proteção social permanecia a mesma: a relação contratual.

A crise político-institucional decorrente do modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde, que era corrupto, incontrolável e sofisticado logo, oneroso.

Já foi citado que, em 1966, o INPS financiou a fundo perdido os hospitais e pagou as contas dos seus pacientes, ou seja, por 20 anos o INPS financiou, sustentou e pagou as contas dos hospitais privados que, ao se considerarem capitalizados, se descredenciaram para não pagarem suas dívidas. Assim, ao mesmo tempo em que não havia dinheiro para oferecer serviços, reduzia-se drasticamente o número de leitos pelo descredenciamento. Isto significou que a população ficou sem assistência.

Para piorar a situação, nas duas últimas décadas, ou seja, nos anos 60 – 70, a saúde pública foi sendo deixada de lado (ações de interesse coletivo como prevenção de epidemias) e as epidemias antigas como malária e febre amarela ressurgiram no panorama nacional, além de surgirem doenças novas como dengue, cólera e Aids num cenário de total abandono da saúde pública.

O Governo tentava “remendar” a Previdência, mas o importante foram os trabalhadores de saúde que começaram a se organizar e oferecer propostas. São exemplos na década de 80:

- **PREV-SAÚDE (Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde):**

Um plano criado em 1981, na sequência do PIASS, decorrente da crise ideológica citada acima, que visava estender a cobertura de serviços para toda a população, ou seja, a universalização dos cuidados básicos de saúde, com reações contrárias, especialmente da Federação Brasileira de Hospitais que conseguiu que o Plano não fosse implementado.

- **CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária):** Este plano, aprovado pela portaria Nº 3062 de 23 de junho de 1982, decorrente da crise político-institucional, retomou o PREV-SAÚDE com a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos para atender a clientela e propostas racionalizadoras que visavam a redução de custos através do documento “Reorganização da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social”. Algumas experiências municipais de grande êxito e expressão das propostas de Alma-Ata, afirmaram-se como exemplos na época: Niterói, Campinas e Londrina⁽³¹⁾; apesar de pouco reformistas, pois eram baseadas na

expansão do modelo previdenciário (individualismo e especialização, ou seja, consulta médica individual curativa e especializada, além do uso de alta tecnologia e equipamentos)

- **AIS (Ações Integradas de Saúde):** Plano de integração de todos os serviços de saúde de uma região, que podiam ser divididos em dois momentos: um anterior e outro posterior à Nova República: em 1984 eram destinados 4% do orçamento do INAMPS às AISs, passando para 12% em 1986. Em 1988, as AISs abrangiam todos os Estados da Federação e 2500 de uns 4000 municípios que existiam na época. Na Nova República novos atores sociais foram incorporados com valorização das instâncias de gestão colegiada e participação dos usuários dos serviços de saúde.

Em 1983 no âmbito da América Latina, reuniram-se em Buenos Aires, especialistas em Saúde Pública, epidemiologistas, administradores e outros especialistas sociais, recolhendo as contribuições de muitas experiências e os avanços técnicos e metodológicos disponíveis, consolidaram as bases de uma nova epidemiologia (social) e de novos usos da epidemiologia, especialmente no planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde. Neste mesmo ano de 1983, foi instalado o primeiro Centro de Documentação de Informática Biomédica da América Latina, no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Em 1984, foram criados o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)** e **Programa Integral da Saúde da Criança (PAISC)**, ambos caracterizando já, programas isolados de atenção primária assumindo a assistência integral como pressuposto básico, implicando ações dirigidas ao atendimento global das necessidades prioritárias dos grupos-alvo com efeitos

impactantes na morbi-mortalidade. Em 1986, o Ministério da Saúde já inseria assistência primária ao adolescente no contexto de atenção integral à mulher e à criança, mas em 1989 que foi oficialmente criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Destaca-se ainda a criação do Programa Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), além de diversos Programas voltados à Saúde do Adulto.

Em janeiro de 1985, aconteceu a Reunião de Secretários Municipais de Saúde, realizada em Montes Claros, na qual foi lançada a Carta de Montes Claros, chamada de “**Muda Saúde**”, que estabelece o marco referencial de um novo movimento municipalista em saúde, e lançava as bases para sua institucionalização. Em Caracas, também em 1985, os especialistas reafirmaram o conceito de “saúde mental” e propuseram uma revolução na atenção psiquiátrica.

Em todos os planos, havia a intenção de unificar a saúde pública e a assistência médica individual, o que foi combatido pelos empresários médicos privados e pela burocracia do INAMPS, pois as empresas de Medicina de Grupo e Convênios cresceram com a crise. Assim sendo, pode-se concluir que o interesse era que quanto maior fosse a crise pública, maior seria o lucro privado. Na visão das empresas de medicina de grupo, a saúde e a doença eram ótimas fontes de lucro.

A nova saída foi: As Conferências Nacionais de Saúde sempre existiram desde 1941, mas na **8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986**, precedida de conferências estaduais e municipais, houve a aprovação da participação dos trabalhadores de saúde, parte dos prestadores de serviços e representantes dos movimentos populares, com conseqüente formação de caravanas, mobilizações e abaixo-assinados. A maciça participação e presença da sociedade, especialmente de intelectuais e políticos engajados com a Saúde Coletiva, foi tamanha e

surpreendeu na época, conseguindo-se a aprovação da **Reforma Sanitária** que preconizou o processo de construção de um modelo reformador para a saúde num documento-base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte: a criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)** na **Constituição Federal de 1988**.

Ainda em 1986, aconteceu no Brasil, o I Congresso de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO (p.129, TC. 02.07); e em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre promoção de saúde, que aprovou a Carta de Ottawa⁽³²⁾ para promoção da saúde, documento referencial no assunto desde então.

Em 1987, durante o processo de elaboração da Constituição Federal, criou-se o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)** como nova tentativa por parte do governo de solução, idealizado como estratégia de transição em direção ao SUS e que aprofundava a política das AISs; entretanto não teve sucesso, pois concentrou o poder nos Governos Estaduais e não houve controle dos serviços contratados de iniciativa privada. A estadualização dos serviços deixou como marca positiva a incorporação dos governadores de estado na disputa pelos recursos previdenciários e por outro lado a retração dos recursos estaduais para a saúde e desvio da verba federal pra outros fins.

Em apenas quinze meses de funcionamento o SUDS-SP estava implantado. Sistemas locais de saúde atuavam em 492 dos 572 municípios paulistas da época⁽³¹⁾. A cobertura global duplicou e todos os programas foram ampliados. Estes resultados certamente contribuíram para a solidificação do SUDS em todo o País. O processo de unificação, descentralização e municipalização do sistema nacional de saúde foi irreversível, assim como a superação da dicotomia cura/prevenção nele enraizada; já aparecendo a APS

também como parte da proposta de reorganização, pela implantação dos distritos sanitários e organização da participação popular com espaços permanentes, além da execução daqueles Programas de Atenção à Saúde ainda que para populações-alvo específicas como já citado acima.

Neste mesmo ano de 1987, acontece em Brasília o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária.

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte promulgou a nova Constituição Federal, a “Constituição Cidadã”⁽¹⁾ que, ao criar o SUS, reconheceu a saúde como um direito de todo cidadão de forma gratuita, assegurado pelo Estado e que a medicina privada poderia apenas complementá-lo. O SUS foi regulamentado em 1990, mas sua efetivação foi lenta, pois houve resistências enormes tanto das empresas como do próprio governo federal que incentivava os interesses do sistema privado. Existiu muita pressão de total privatização da saúde na época. Algumas tentativas de implantação do SUS partiram dos governos municipais, porém com dificuldades, pois quem tinha o capital era o governo federal que resistia.

Em 1989, O INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde.

Ao final dos anos 80, o papel dos sistemas de saúde foi assumindo cada vez mais importância, de caráter maior e crescente, no cenário mundial de ascensão das políticas neoliberais; porém também com maior e crescente solicitação social por sua organização e resolutividade. A fim de atingir os ideais reformistas buscou-se a revisão do financiamento e dos gastos, da racionalidade tecnológica e especialmente o aumento das ações no nível primário, ou seja, a promoção e prevenção ambulatoriais, domiciliares e comunitárias, elucidando assim os sinais propostas em Alma-Ata à Atenção Primária à saúde (APS)⁽³²⁾.

1.1.3 Condensando e Compreendendo as Mudanças: A Saúde Coletiva tem História.

A Saúde Coletiva (SC), como pode ser visto em alguns aspectos já citados, constituiu-se em um campo da saúde construído, gradativamente ao longo da história das políticas de saúde, conforme os extremos graus de necessidade biopsicosocial da população que, sob o enfoque e a ótica político-intelectual desencadeava movimentos antagônicos ao sistema vigente. O presente item condensa as principais etapas da SC no Brasil e no mundo, permitindo uma melhor compreensão do seu papel como determinante da Reforma Sanitária Brasileira.

As ações coletivas da saúde pública ocorridas até o movimento reformista da saúde brasileira tinham interesses específicos muito maiores do que o efeito imediato visível – foi o caso do sanitarismo campanhista que visava à vacinação da população mão-de-obra necessária às fábricas e indústrias no período da Grande Guerra no início do século passado.

O processo de reflexão saúde-doença envolvendo um olhar multicausal no qual os aspectos sociais estavam fortemente envolvidos iniciou nos Estados Unidos da América, Canadá e Inglaterra e depois por toda Europa e América Latina com o desenvolvimento da medicina preventiva em meados de 1920 a 1950 como forma de crítica à medicina curativa⁽³³⁾. A poderosa influência da bacteriologia no desenvolvimento da medicina interferiu para o privilegiamento de intervenções específicas, individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital e com progressiva especialização e incorporação indiscriminada de tecnologia. Consolidou-se a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações

necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças⁽³⁴⁾. O movimento propôs uma mudança da prática médica através de reforma no ensino médico, buscando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltou a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças; introduziu a epidemiologia dos fatores de risco, privilegiando a estatística como critério científico de causalidade^(21, 35). Juan Cesar Garcia contribuiu bastante nesta reflexão a cerca do conceito ampliado de saúde.

Segundo Arouca (1975)⁽²¹⁾, o discurso da medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: a Higiene, que surgiu no século XIX; a discussão dos custos da assistência médica; a redefinição das responsabilidades médicas que aparece no interior da educação médica. O autor destaca vários níveis de crítica, feitas por esse discurso, ao modelo vigente de formação e prática médicas:

- “1º - Da ineficiência da prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.
- 2º - Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Este fato levou ao desenvolvimento de uma prática instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.
- 3º - Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Esta conceituação, saúde como um

estado de completo bem estar físico, mental e social, abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tridimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia).

4º - Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizada dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população.

5º - Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades. Esse problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo os padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social⁽²¹⁾.

Um dos primeiros autores⁽³⁶⁾ que utilizou a expressão "promoção da saúde" foi Sigerist em 1946⁽¹⁴⁾, ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, Sigerist destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades para descanso e recreação como as três mais importantes e deixou a atenção médica na quarta posição.

Leavell e Clark (1965), ambos desenvolveram o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção e incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação

pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde⁽³⁷⁾.

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell & Clark “Medicina Preventiva” (1976)⁽²⁵⁾, cuja primeira edição surge em 1958:

- A “tríade ecológica” que definia o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio-ambiente.
- O conceito de história natural das doenças (ver quadro 1) definido como “todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetavam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criavam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levavam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese)”⁽²⁵⁾.
- O conceito de prevenção era definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” ⁽²⁵⁾. A prevenção apresentava-se em três fases: primária secundária e terciária (ver quadro 2). A *prevenção primária* era a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de *promoção da saúde* aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolverem uma saúde ótima”. Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica “contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente”. A fase da *prevenção secundária* também apresentava-se em dois níveis: o primeiro, *diagnóstico e tratamento*

precoce e o segundo, *limitação da invalidez*. Por fim, a *prevenção terciária* que dizia respeito a ações de *reabilitação*⁽²⁵⁾.

A incorporação de alta tecnologia elevou progressivamente os custos dos procedimentos, conduzindo os sistemas de saúde dos países ocidentais à uma crise estrutural⁽³⁸⁾. Esta crise gerou a necessidade de reformas nos sistemas de saúde. Daí, o resgate de propostas que, na origem, tenderam a ficar subalternas. É nesse contexto que, especialmente no Canadá, ampliou-se a idéia de promoção da saúde⁽³⁹⁾.

O Informe Lalonde, documento oficial do Governo do Canadá publicado em 1974⁽²⁶⁾, foi um dos marcos desta tendência. Este documento definia o conceito de campo da saúde como constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Esta definição está mais ajustada ao conhecimento construído no âmbito da epidemiologia de doenças não transmissíveis, apresenta uma orientação claramente preventiva⁽⁴⁰⁾ e uma referência explícita à necessidade de racionalização dos gastos com assistência à saúde:

“Até agora, quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde centraram-se na organização dos serviços de atenção sanitária. Sem dúvida, quando identificamos as principais causas atuais de doença e morte no Canadá, vemos que estão arraigadas nos outros três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que gasta-se grandes somas no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas”⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

A associação da promoção da saúde com a atuação sobre determinantes do meio ambiente e dos estilos de vida veio, segundo⁽⁴²⁾, com a "segunda revolução epidemiológica": o movimento de prevenção das doenças crônicas.

No caso do Brasil, as raízes da crise no setor de serviços de saúde se relacionaram diretamente com a definição do modelo de assistência à saúde que predominava no país desde o início do século, marcado pelo paradigma flexneriano, pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado prioritariamente nas ações curativas, com uma visão quase estritamente fisiopatológica, biologicista do processo saúde-doença⁽⁴³⁾. Os problemas de saúde eram vistos de forma fragmentada, sob uma ótica individual ou mesmo sub-individual, passíveis de intervenção cada vez mais especializada. A consequência disso foi o abuso da especialização, o uso cada vez maior – e mais inadequado - de procedimentos de alta densidade tecnológica e o correspondente encarecimento do sistema⁽³⁷⁾.

O termo “Saúde Coletiva” foi uma invenção brasileira e hoje está presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Surgiu como uma forma de abordar as relações entre os conhecimentos, as práticas⁽⁴⁴⁾ e os direitos referentes à qualidade de vida⁽³⁸⁾. A Saúde passa a ser vista sob a compreensão da interdisciplinaridade⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾ e o debate político em torno da universalidade, da equidade, da democracia, da cidadania e da subjetividade.

Considerado o “eterno guru da Reforma Sanitária”, Sérgio Arouca dizia que o movimento de reforma sanitária nascia dentro da perspectiva da luta contra a ditadura⁽²⁹⁾. Existia uma idéia clara na área de saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura. Os Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro foram os espaços apropriados para esta dupla dimensão e constituíram-se na porta de entrada do movimento da reforma sanitária.

A forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde nessa época, como já dito antes, era muito concentrada nas ciências biológicas e no binômio saúde-doença, especialmente no que tangia à transmissão das mesmas. Diante dos níveis alarmantes de saúde da população brasileira da época, que vivia o auge da repressão pelo autoritarismo militar no Brasil; as mudanças começavam a ser incorporadas, na base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina. As teorias das ciências sociais começam a ser apropriadas⁽⁴⁷⁾, especialmente com a entrada da teoria marxista, do materialismo dialético e do materialismo histórico, que mostrava que a doença estava socialmente determinada.

No Brasil, duas teses foram consideradas fundamentais para o início da teoria social da medicina: “O dilema prevencionista” tese de Sérgio Arouca⁽²¹⁾ na qual criticava, baseado em Foucault, o modelo da “Medicina Comunitária” como um mascaramento e não com real significação e fundamentava o processo social e “Saúde e sociedade” de Cecília Donnangelo (Donnangelo, 1975), ambas de 1975. “Saúde e Sociedade” de Cecília Donnangelo, definia a saúde pública como prática apenas estatal aos novos programas de Promoção da Saúde, assim como Hésio Cordeiro⁽⁴⁸⁾ em “A Indústria da Saúde no Brasil”⁽⁴⁹⁾

Idéias, como as defendidas por Arouca (1975 e 2003)⁽²¹⁻²²⁾ passaram a ser veiculadas pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social⁽⁵⁰⁾. Para ele, a Medicina Social era definida "como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando a transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações". Nas palavras

de um pioneiro da medicina preventiva e social no Brasil^(22, 51), "[...] alguns departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente, uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de medicina social do que no modelo original de Medicina Preventiva".

De forma mais detalhada, definia-se a Medicina social como "[...] uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudos nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais"⁽²¹⁾. Firmava-se no desenvolvimento histórico o momento da medicina social propriamente dita.

Na construção da medicina social, a fase que se estendeu de 1974 a 1979, compreendeu um momento importante na construção teórico-conceitual, com pesquisas sociais, epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, associadas à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente. Somente na fase seguinte, como assinalou Levcovitz, (1997, 2003)⁽⁵²⁻⁵³⁾, de 1980-1986, denominada "político-ideológica", foi que ocorreu "a disseminação das propostas de reforma e aglutinado da coalizão sócio-política de sustentação", que se expressaram em importantes eventos como a VII Conferência Nacional de Saúde (1979) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), quando se iniciou o processo de reforma da saúde pública. As

fases antes citadas completaram-se ao longo do período até 2000: a de 1987-1990, denominada político-institucional, com a "consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial", teve como marcos três ocorrências: a criação do Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde),⁽¹⁾ e a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142) em 1990(54-55); a fase de 1991-1998, denominada político-administrativa, com as definições específicas das atividades nas esferas governamentais, período em que se realizaram as IX e X Conferências Nacionais de Saúde (1992 e 1996) e, finalmente, a quinta fase 1999/2000, chamada de "complementação jurídico-legal", de caráter técnico-operacional, regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do *mix* público-privado (Assistência Domiciliar), organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

Ainda segundo Everardo Nunes ⁽¹⁸⁾, a reprodução, mesmo sintética, desses momentos mostrou que, em três décadas o País realizou um intenso projeto de conhecimento da saúde e de movimento em direção às reformas. O repensar da saúde de maneira ampliada foi, portanto, a tarefa do final dos anos 1970, que vinha sendo preparada ao longo dessa década, quando foram criados os cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) em saúde pública e medicina social e que posteriormente foram enquadrados no campo das ciências da saúde, com a denominação de Saúde Coletiva.

Esta terceira fase - a fase da *saúde coletiva* (Nunes, 1974) - que cronologicamente coincidiu com as origens da própria instituição - a Abrasco, em 1979 - foi marcada, nos primeiros anos da década de 1980, por atividades que se voltaram para a construção do próprio campo, recriando em novos moldes

(congressos, grupos de trabalho, pesquisas, ensino) um verdadeiro movimento sanitário, e a partir de 1985, nos debates que culminaram com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), e, após o evento, participando ativamente da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Dessa forma, esta fase coincidiu com o grande momento de reestruturação das políticas sociais, ante sua universalização, num momento em que as condições econômicas para chegar a um universalismo de fato se tornavam cada vez mais precárias. Sem dúvida, os anos 1980 representaram um momento especial na história da saúde no Brasil, o da universalização das políticas sociais, mas ao mesmo tempo sujeitou-se à agenda internacional, comandada pelo Banco Mundial. Para Melo & Costa⁽⁵⁶⁾, tratou-se também do advento de um novo paradigma - o da *economia da saúde*, pois revelou a dimensão fiscal e financeira da atenção à saúde. Everardo Nunes completou :

As idéias desenvolvidas até este momento pautam o campo da Saúde Coletiva como extenso e diversificado, refletindo a própria concepção ampliada de saúde em suas inúmeras interfaces. Assim, o próprio campo vem se especializando em muitas direções e tratando de objetos os mais variados. A própria concepção deste livro abriga essa idéia e, ao mesmo tempo, conduz o leitor a entender que há núcleos disciplinares que apresentam conjuntos de conhecimentos construído são longo da história da ciência. Não por simples convenção, mas porque se estabeleceram como parte do processo de constituição da área, são citados três grandes espaços e formações disciplinares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento⁽¹⁰⁾.

O processo de criação da ABRASCO, teve como vertente primordial, o desafio de formar profissionais com um novo pensamento e olhar para a Saúde brasileira, incorporando o nexo e a importância das mudanças, nos campos biomédico, político e social, vertente que rapidamente obteve a adesão de diversas correntes como protagonistas. O movimento estudantil teve um papel

fundamental e, diversos jovens estudantes, com a incorporação de um novo olhar para a saúde, começam a organizar as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, a partir de 1974 e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, especialmente entre 1976 e 1978. Foram importantes neste processo também os médicos residentes da época que, trabalhavam em regime informal e com carga horária excessiva.

Naquele contexto, a expressão destes movimentos foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, em 1976, e de sua revista *Saúde em Debate*. A entidade surgiu como um espaço de divulgação do movimento sanitário e reunia intelectuais e pesquisadores da época que já pensavam daquela forma e realizavam projetos inovadores⁽⁵⁷⁾. Essa e outras iniciativas culminaram com a criação, em 27 de setembro de 1979, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na área de Saúde Coletiva. A Abrasco, desde seu início, manteve como fundamento de sua atuação, o encontro de duas vocações, ciência e política, duas faces indissociáveis como bases da constituição da saúde, como área de conhecimento e de prática social no Brasil⁽⁴⁴⁾. Para Cristina M.O. Fonseca, “a Abrasco contribuiu para vincular a área de recursos humanos à política. Ela atuou nesse processo intermediando a relação entre as proposições e as diretrizes adotadas para a formação em saúde pública e as necessidades e articulações políticas estabelecidas”. Para a autora, a Abrasco caracterizava uma instituição profissional e acadêmica, com forte atuação política, que congregava diversas categorias profissionais, e que não devia ser vista como um núcleo corporativo⁽⁵⁸⁾.

No mesmo ano de 1979 Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador, utilizando um referencial marxista, escreveram a tese que fundamentou a Saúde Coletiva: *“Epidemiologia: Economia, Medicina y Política”*⁽⁵⁹⁾ na qual compreenderam que os fatores sociais sobrepunham-se aos demais na multicausalidade, apesar de, na época, a conceituação de “social” gerava polêmica para uns que, quando se falava em social compreendiam o termo, como alusivo às classes sociais e para outros, referenciava à inserção no trabalho.

Segundo Paim⁽⁵⁾, "A Saúde Coletiva, latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, desenvolveu-se a partir da Medicina Social do Século XIX e pela saúde pública institucionalizada nos serviços de saúde e academia. Envolve um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde."

As atuais considerações sobre o campo da Saúde Coletiva e suas perspectivas e objetivos foram consolidadas em “Reforma da reforma” (Campos, 2002) onde Gastão Campos refletiu acerca do conflitante papel do controle social sobre a população a qual tem suas necessidades intrínsecas e peculiares.

Sérgio Arouca, pouco antes de morrer, dizia que era preciso retomar os princípios da reforma sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. A Reforma Sanitária mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado a determinantes sociais como o trabalho, saneamento, lazer, cultura e ambiente. Desta forma, preconizava que era necessário discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente.

1.1.4 DE 1990 a 1999 - A Década de 90: O Sistema Único de Saúde o SUS: Seus Princípios Doutrinários e Organizativos

Na carta de princípios de 07 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como: **o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade**; implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde⁽⁶⁰⁾. Este conceito refletia uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra (Primeira e Segunda Guerras Mundiais). A amplitude deste conceito desencadeou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, que não podia ser usada como objetivo pelos serviços de saúde) outras de natureza política (seria uma oportunidade de abuso por parte do Estado, que interferiria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde). Decorrente destes movimentos contrários⁽⁶¹⁾, definiu a saúde como a ausência de doença⁽⁶⁰⁾. A OMS na época respondeu através da declaração final da Conferência Internacional da Assistência Primária à Saúde realizada na cidade de Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978⁽²⁷⁾, conforme já citada anteriormente. Foi paulatina e progressiva a adoção do conceito novo de saúde da OMS, acontecendo em momentos distintos em cada país.

No Brasil, até então a saúde era encarada como ausência de doenças, o que traduzia-se numa realidade repleta das próprias doenças somadas a amplas desigualdades, insatisfações, exclusão, baixa qualidade e falta de engajamento profissional. Para reverter este quadro, foi necessário rever o conceito de saúde mas também, num país continental de diversidade extrema, reorganizar seus serviços e a própria sociedade.

Em 1988, a **Constituição Federal do Brasil**⁽¹⁾ passou a definir saúde como: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (Art. 196) e o direito à saúde então passou a confundir-se com o direito à vida.

Este “conceito ampliado de saúde” refletia as dificuldades que o setor saúde enfrentava ao longo dos anos, desde 1900 até os dias atuais, conforme descrito acima, e ao definir os fatores condicionantes e determinantes, incorpora o ambiente físico, o meio socioeconômico e cultural e a garantia de acesso aos serviços de saúde. Assim sendo, para se ter saúde, entendeu-se que eram necessários diversos fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação dentre outros. A saúde passou a traduzir as condições de vida da cidadania, de uma população, daí o termo de “**Constituição Cidadã**”.

O início da década de 90, ou seja, os anos 1990 e 1991 foram caracterizados pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 19 de setembro de 1990⁽⁵⁴⁾ e da Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei 8.142) de 24 de julho de 1991⁽⁵⁵⁾.

Diante das diversidades cultural, econômica e social do país surgiu a noção de sistema, como um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagiam para um mesmo fim, seguindo os mesmos princípios de doutrina citados no Art. 196 da Constituição Federal⁽¹⁾. Entretanto, levando-se em conta as peculiaridades e determinações locais surgiu também a noção de unicidade por meio de formas previstas de aproximação da gestão aos cidadãos, conforme os princípios de organização

explícitos no Art. 198: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade;

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

São descritos a seguir os princípios doutrinários do SUS:

Universalização

É a garantia do acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais.

Equidade

É a diminuição das desigualdades o que não faz da equidade um sinônimo de igualdade pois as pessoas não são iguais, portanto tem a ver com a justiça social e a equidade significa investir mais onde a carência for maior, reduzindo então as iniquidades.

Integralidade

Consiste em considerar a pessoa como um todo, atendendo então todas as suas necessidades o que implica na integração das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência, tratamento e reabilitação das doenças.

Pressupõe ainda articulação com outras políticas públicas garantindo a atuação intersetorial entre as diferentes áreas que interfiram na qualidade de vida das pessoas.

São descritos em seguida, os princípios organizativos do SUS:

Regionalização e Hierarquização

Significa organizar os serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica levando-se em conta as características da clientela local e de critérios epidemiológicos, articulando os serviços existentes, garantindo o acesso, definindo níveis de atenção (primário, secundário e terciário) com fluxos de encaminhamento (referência) e volta da informação ao nível anterior da atenção (contra-referência).

Descentralização e Comando Único

A descentralização consiste na redistribuição do poder e da responsabilidade entre os três níveis de governo buscando a aproximação maior entre os serviços e os seus usuários, com vista à prestação destes serviços e fiscalização e controle por parte destes usuários. Assim descentralização torna-se sinônimo de municipalização pois “só conhece de fato o problema quem está dentro dele”. O Comando único significa a garantia de soberania e autonomia de cada esfera de governo em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e participação da sociedade. Desta forma a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo Ministro da Saúde, nos Estados pelos Secretários Estaduais de Saúde e nos Municípios pelos Secretários Municipais de Saúde ou Chefes de Departamentos de Saúde. São conhecidos como os “gestores” do sistema de saúde.

Participação popular

O SUS foi criado como fruto da participação dos movimentos populares nas discussões que deram origem ao movimento de Reforma Sanitária e não poderia esgotar-se aí sua participação. São então criados os Conselhos e Conferências de Saúde, que tem como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A criação do SUS foi regulamentada através das Leis nº 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde⁽⁵⁴⁾, que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (Ministério da Saúde, 1993), instituindo ainda o Sistema Único de Saúde; e a Lei nº 8.142 /90 de 28/12/1990⁽⁵⁵⁾, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde;

O processo de Reforma Sanitária não foi um fato pontual e nem idêntico e simultâneo em todas as partes do país. Foi um processo de implantação lenta e gradual de enfrentamento de todas aquelas características arraigadas na História das Políticas de Saúde do País, descritas no presente estudo, no período pré-SUS. O SUS então foi uma construção na qual todos os atores sociais envolvidos deviam ter ampla participação e engajamento na sua execução, concretização e consolidação.

A década foi marcada pelo embate político e ideológico⁽¹³⁾ de legitimação do SUS frente aos interesses neoliberais privatistas no país, (reforçados pela redução da influência da OMS em contra partida com o aumento das influências

dos Organismos Internacionais Econômicos como o Banco Mundial) que visavam à redução da atuação do Estado, mais uma razão para a construção lenta e gradual à qual consistiu o sistema de saúde nacional. Com todas estas dificuldades e/ou correntes contrárias⁽¹⁶⁾, o SUS surgiu como alicerce e vem prevalecendo ao longo dos anos como um processo social em construção.

O início da década foi marcado durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990-92), pela paralisação no processo de descentralização das políticas de saúde por expressiva redução dos investimentos. Nesse período, foram alteradas as relações entre as diferentes esferas de governo definidas no SUS, estabelecendo o pagamento pela produção dos serviços públicos de saúde. Essa alteração transformou os prestadores públicos – Estados e municípios – em meros vendedores de serviços para a União. O que estava previsto para ser uma parceria transformou-se numa relação de compra e venda, configurando um movimento de recentralização⁽⁶²⁾.

Em 1991, no Governo Collor, oficialmente foi criado o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** pelo Ministério da Saúde. No final de seu mandato aconteceu a realização de nova Conferência Nacional de Saúde, no período de 09 a 14/8/1992, em Brasília, tendo como tema central: “Descentralizando e Democratizando o Conhecimento”⁽⁶³⁾.

No ano de 1993, a Portaria n.º 545, de 20/05/1993 aprovou a Norma Operacional Básica 01/93⁽⁶⁴⁾, que regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde; e a Lei n.º 8 689, de 27/7/1993⁽⁶⁵⁾, que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

Em 1994, sob a Presidência de Itamar Franco, o Brasil comemorou o recebimento do certificado de erradicação da poliomielite, emitido pela OMS. A Poliomielite foi erradicada das Américas.

Ainda em 1994, foi realizado o estudo de “Avaliação Qualitativa do PACS” e logo em seguida, criou-se o **Programa de Saúde da Família (PSF)** como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Os primeiros 55 municípios colocaram em ação 328 equipes de Saúde da Família. Cada equipe era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O primeiro documento oficial foi chamado “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. Foram criados também os procedimentos vinculados ao PSF na tabela de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). No âmbito do financiamento do SUS foi assinado o Decreto n.º 1 232, de 30/8/1994⁽⁶⁶⁾, que dispôs sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do DF.

No ano de 1995, Fernando Henrique Cardoso tomou posse como Presidente e, já neste ano foi criado o Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar; No cenário internacional aconteceu a Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social em Copenhague, Dinamarca.

No período Fernando Henrique Cardoso, foi assinada a Lei n.º 9 311, de 24/10/1996⁽⁶⁷⁾, que instituiu a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira - CPMF, cuja finalidade seria o custeio dos serviços de saúde. Realizou-se a 10ª Conferência Nacional de Saúde, no período de 02 a 06/09/1996, em Brasília; o tema central foi: “SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a

Qualidade de Vida”. Foi assinada a Resolução n.º 195 - de 27/08/1996⁽⁶⁵⁾, que aprovou a Norma Operacional Básica 01/96 para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.

No período FHC, diante da oficialização do Programa de Saúde da Família (PSF) frente ao tema central da 10ª Conferência e à legalização da NOB 96, ambos propondo um novo modelo de atenção à saúde; a Atenção Primária à Saúde (APS) emergia graças ao PSF como estratégia de reestruturação do SUS e, com isso, alcançava-se a melhor interação entre as três esferas de governo e entre as regiões administrativas, no sentido da descentralização e comando único; e também expandia as ações de promoção e prevenção de forma, hierarquizada e regionalizada num sistema em rede.

A APS foi denominada de **Atenção Básica** para diferenciar-se de uma APS seletiva focalizada em grupos de extrema pobreza. Foi entendida como o primeiro nível de atenção: *“A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, e prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”*⁽⁶⁸⁾ Conviveu com um enfoque seletivo em 1990, na criação do PACS e do PSF na sua primeira fase, com oferta de conjunto restrito de ações (seletivo), e focado em grupos de muitos pobres. Em seguida, a política nacional assumiu um enfoque abrangente de APS, entendida como uma estratégia para reorganizar o sistema de saúde e passou a contemplar, na normativa, os atributos de uma APS definidos por Starfield⁽⁶⁹⁾.

Vale ressaltar que estas diferenças nas APSs dos diversos países, especialmente nas Américas, decorreram dos diferentes desenvolvimentos históricos de saúde, dos cuidados de saúde de cada região e dos legados de

diferentes sistemas políticos e sociais. Houve quem pensasse que as diferenças também ocorriam conforme os objetivos esperados ou as ambições e ainda a valorização ou “pouco caso” conforme a interpretação obtida de Alma-Ata (conforme quadro 3).

Em 1997, um enorme avanço na APS foi alcançado com o **Projeto Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS** (MS/BID/Banco Mundial). Os objetivos desse projeto foram a recuperação física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão do Sistema de diferentes níveis, através da implantação dos **Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente** de Recursos Humanos para Saúde da Família. Foi publicado um segundo documento oficial: “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. Foi assinada a Portaria n.º 1 886 MS/GM, de 18/12/1997⁽⁷⁰⁾, que, aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, após a inclusão dos PACS e PSF na agenda de prioridades da política de saúde; além da Portaria nº 1882 MS/GM que criou o Piso da Atenção Básica (PAB).

Em 1997, o Movimento Nacional por uma Sociedade sem Manicômios deu início às atividades comemorativas ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, reforçando a Programa de Saúde Mental para o completo bem estar biopsicosocial.

No ano seguinte, em 1998, foi Implantado o Piso de Atenção Básica (PAB), que marcou uma profunda transformação no modelo de financiamento da atenção básica, sendo uma das principais medidas tomadas pelo Ministério da Saúde para viabilizar a organização da atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. O PAB constituiu-se num montante de recursos financeiros destinados

exclusivamente para ações básicas de saúde, independentemente de sua natureza - de prevenção, promoção ou recuperação. Os recursos podiam ser utilizados tanto para custeio de despesas correntes, como para aquisição de materiais permanentes, para realização de obras de construção ou reforma de unidades. A transferência ocorria de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais. Assim sendo, iniciou-se o repasse dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Em consequência, pela primeira vez, definiu-se orçamento próprio para o PSF no Plano Plurianual, tendo em vista o PSF ter adquirido o status de estratégia estruturante do modo modelo de organização do SUS. Na evolução de recursos do Ministério da Saúde destinados para a Atenção Primária à Saúde, obteve-se um aumento de 5,2 % em 1994 e para 8,6% no ano de 1998. Ainda em 1998, acontece no Brasil, o “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família” e é editado o “Manual para a Organização da Atenção Básica”.

No ano de 1999, algumas leis de destaques foram criadas a saber: a Lei n.º 9836, de 23/9/1999⁽⁷¹⁾, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, pois que nos preceitos de Alma-Ata a APS deveria chegar universalmente a toda população brasileira.

Foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pela Lei n.º 9782, de 26/01/99⁽⁷²⁾, cujas atribuições estão descritas dentre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), art. 200 da Constituição Federal - "Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de **saúde do**

trabalhador". A execução dessas ações de vigilância sanitária está incluída dentre os campos de atuação do SUS - Inciso I, alínea "a" do Art. 6º e integra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; · Portaria n.º 1 399, de 15/12/1999⁽⁷³⁾, regulamenta a NOB SUS 01/96, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e DF, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática financeira e dá outras providências; e foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose.

De fundamental importância na consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, foram as realizações do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento: “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família - construindo um novo modelo”. Paulatinamente os municípios brasileiros foram aderindo ao PSF o que gerou a necessidade de se fortalecer o pacto de indicadores da atenção básica e se implantar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Iniciaram-se os estudos de “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família” em função, até mesmo da rápida e crescente adesão dos municípios de quaisquer portes. Este fato levou também à assinatura da Portaria N º 1.329 GM/MS⁽⁷⁴⁾, que estabelece faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

Realizou-se a 11ª Conferência Nacional de Saúde, no período de 16 a 19/12/2000, em Brasília. O tema central foi: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.

1.1.5 De 2000 aos dias atuais - Atenção Básica: Instituído a Atenção Primária no Brasil

Sem dúvida, as desigualdades sociais representaram fatores limitantes para a produtividade, a cidadania e o desenvolvimento das nações, pois implicavam em exclusão de grupos populacionais a direitos básicos do ser humano - habitação, trabalho, educação, alimentação, saúde. Entretanto, apenas em 1992, na Conferência de Santafé de Bogotá, Colômbia, em que os países da América Latina, dentre os quais o Brasil, elegeram a equidade e a solidariedade como condições indispensáveis ao processo de eliminação das iniquidades, ou seja, de redução das situações excludentes, foi quando essa relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento foi delimitada⁽⁷⁵⁾.

Em 2001, passados nove anos, a equidade e a solidariedade foram novamente pontuadas como elementos fundamentais para o desenvolvimento das nações do continente americano, na Declaração do III Encontro de Cúpula das Américas, realizado em abril de 2001, em Quebec, Canadá. Os governos signatários desta declaração, priorizando a promoção do desenvolvimento democrático e a garantia do bem-estar social da população, reconheceram a necessidade de continuar direcionando esforços para diminuir as desigualdades sociais, fortalecer o cumprimento aos direitos humanos, melhorar o acesso da população à educação e promover a integração econômica entre os hemisférios, consolidando os princípios e reforçando os compromissos assumidos com as Declaração de Alma-Ata de 1978^(27, 76), Declaração de Ottawa de 1986^(32, 77), Declaração de Adelaide de 1988⁽⁷⁸⁻⁷⁹⁾, Declaração de Sundsvall de 1991⁽⁸⁰⁾, Declaração de Santafé de Bogotá de 1992⁽⁸¹⁾, Carta do Caribe de 1993⁽⁸²⁾,

Declaração de Yacarta de 1997⁽⁸³⁻⁸⁴⁾, Carta de Genebra de 1988⁽⁷⁸⁾ Declaração do México de 2000⁽⁸⁵⁾ e Carta de Bangkok de 2005⁽⁸⁶⁾.

Neste contexto latino-americano, o Brasil assumiu o desafio de reduzir as iniquidades entre os grupos populacionais, transformando as relações excludentes na sua sociedade, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar para todos.

Neste sentido a saúde tem sido um forte campo de ação do governo brasileiro - ainda que o investimento seja relativamente pequeno, se comparado a outros países pobres - buscando a transformação do acesso aos serviços de saúde e suas inter-relações, seus profissionais, os usuários e a comunidade, e a autonomia da descentralização e municipalização fortalecida pela participação social no controle dos gastos dos recursos públicos.

A construção da Política Nacional de Promoção à Saúde constituiu-se numa prioridade do Ministério da Saúde (MS), e seus pressupostos foram incorporados nos princípios e diretrizes de iniciativas do MS, como os PADS e os PSF, focados na reorientação dos serviços de saúde, ampliação do acesso da população aos mesmos e vigilância à saúde das famílias e seus entornos.

Até abril de 2001, 158.934 agentes comunitários de saúde, trabalhadores assalariados recrutados e atuantes em suas comunidades, mediante visitas domiciliares, identificaram, encaminharam, orientaram e acompanharam procedimentos de saúde de mais de 90 milhões de pessoas, cobrindo cerca de 80% do território nacional e o equivalente a 50% da população. Por sua vez, as equipes de saúde da família compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes de saúde, as

13.337 equipes de PSF assistiram pouco mais de 46 milhões de pessoas, aproximadamente 30% da população brasileira⁽⁸⁷⁾.

A abordagem em Saúde da Família representou uma mudança de paradigma do modelo tecno-assistencial no país⁽¹⁵⁾. Ao promover um novo relacionamento entre os serviços e a população e ao buscar o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, os profissionais de saúde passaram a perceber o indivíduo nos seus diversos ciclos de vida, inserido no contexto desde, das relações familiares até as comunitárias e foi assim que, em 2000, foi criado o Departamento de Atenção Básica, a fim de consolidar o Programa de Saúde da Família no Brasil.

Foi realizado, em Porto Alegre (Rio Grande do Sul), o “I Fórum Social Mundial” entre os dias 25 e 30 de janeiro de 2001, reunindo cerca de 20 mil participantes, entre representantes de Organizações Não-Governamentais, partidos e movimentos sociais de todas as partes do mundo, cujo objetivo foi discutir e apontar saídas para os problemas sociais, políticos e ambientais decorrentes do sistema econômico neoliberal. O FSM surgiu como um espaço de debate democrático de idéias, aprofundamento da reflexão, formulação de propostas, troca de experiências e articulação de movimentos sociais, redes, ONGs e outras organizações da sociedade civil que se opunham ao neoliberalismo e ao domínio do mundo pelo capital e por qualquer forma de imperialismo.

Ainda em 2001, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em Brasília, convocada pela Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 130, de 03/7/2001⁽⁸⁷⁾. O tema central foi: “Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, proteger e promover a saúde construindo cidadania” e foi

assinado o Decreto n.º 3.745, de 05/02/2001⁽⁸⁸⁾, que instituiu o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), objetivando a equidade através da universalidade. Um terceiro evento voltado à Atenção Primária à Saúde no Brasil aconteceu também em 2001, o “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/ Saúde da Família” e constituiu-se na primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”. Estas tendências levaram à edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/01”⁽⁸⁹⁾, que enfocava a qualificação da atenção básica.

Já em 2002, aconteceu um quarto evento voltado à Atenção Primária à Saúde, “PSF - A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros” e também a segunda fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

De 31 de janeiro a 06 de fevereiro de 2002 ocorreu o “2º Fórum Social Mundial” que reuniu aproximadamente 50 mil pessoas. Com o lema “Um outro mundo é possível” (criado ao final do I FSM) o evento deu ênfase aos temas da economia mundial e a forma pela qual era organizada de modo que se beneficiasse os interesses de uma minoria em detrimento da maioria da população mundial. O Fórum não apenas demonstrou preocupação em apontar os malefícios do capitalismo, mas também mostrou outra maneira de organizar a economia mundial, na qual as pessoas fossem vistas como mais importantes do que o lucro, e urgente, necessária e possível. Logo em seguida, foi assinada a Portaria n.º 373, de 27/02/2002⁽⁹⁰⁾, que aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) ⁽⁹⁰⁾. Acontece ainda, o 1º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, de 02 a 04 de dezembro de 2002;

De 7 a 11 de dezembro de 2002, Brasília sediou a 12ª Conferência Nacional de Saúde com um público estimado em cinco mil pessoas legitimando a participação popular e debatendo os caminhos da política sanitária no país. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, Sergio Arouca discutiu o tema "Saúde - um direito de todos e dever do Estado - A Saúde que temos, o SUS que queremos" dividido em dez eixos temáticos. Foram os seguintes os eixos temáticos da 12ª CNS: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento da Saúde; Comunicação e Informação em Saúde;

Em 2003, durante o “III Fórum Social Mundial”, no qual a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP debateu alternativas para construção de uma globalização solidária, respeitando os direitos humanos universais, bem como os de todos os cidadãos, em todas as nações e o meio ambiente, apoiada em sistemas e instituições internacionais democráticos a serviço da justiça social, da igualdade e da soberania dos povos. Neste mesmo ano de 2003 o Ministério da Saúde encontrou dificuldades no processo de consolidação do PSF que, como alvo do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF), que tinha como proposta inicial a ampliação dos PSF em municípios de grande porte, ou pelo menos, com população maior que 100 mil habitantes, e investir em ações de formação e capacitação profissional e publicação de Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica. Ainda em 2003, morre o sanitarista Sérgio Arouca.

Pela primeira vez fora do Brasil, o "IV Fórum Social Mundial" foi realizado em Mumbai (Índia), entre 16 e 21 de janeiro de 2004. O resultado foi uma grande aposta na diversidade de perspectivas - do ocidente para o oriente, diversidade cultural - lingüística, religiosa, política - e diversidade no lidar com a realidade. Esta edição do FSM baseou-se em quatro grandes eixos: militarização, guerra e paz; mídia, informação, conhecimento e cultura; democracia, segurança ambiental e econômica; e exclusão, discriminação, dignidade, direitos e igualdade; este último eixo era voltado à todas propostas paradigmáticas da Atenção Primária à Saúde.

No Brasil teve-se um grande marco: é lançado o Programa HumanizaSUS - uma nova proposta de relação entre usuários e profissionais de saúde. Foi lançado também o "Brasil Sorridente", programa do governo federal na área de saúde bucal, já inserido na atenção básica; e em 13 de fevereiro, Humberto Costa, o Ministro da Saúde, assinou a portaria GM/MS 198⁽⁹¹⁾ que instituiu a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Visando assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo foi assinada a Lei nº 10858, de 13/04/04⁽⁹²⁾, que autorizou a Fundação Oswaldo Cruz oferecer medicamentos, mediante ressarcimento, caracterizando a lei como garantia do bem estar universal e redução da iniquidade na população brasileira.

Neste ano, no dia 19 de novembro, a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) comemorou 25 anos com um série de atividades na sede da OPAS, em Brasília. O evento traçou a trajetória da saúde

neste período através de mesas redondas, reafirmando o compromisso da Associação na luta pela justiça, equidade e cidadania.

A Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), em parceria com a Asociación de Economía de la Salud (AES), da Argentina, organizaram o I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe, no período de 30 de novembro a 3 de dezembro, no Rio de Janeiro. O encontro divulgou o desenvolvimento da área de Economia da Saúde nos países da América Latina e Caribe. O tema central do congresso foi "A Contribuição da Economia da Saúde para o alcance da Equidade e a Eficiência nos Sistemas e Serviços de Saúde".

De 10 a 13 de maio de 2005 aconteceu no Rio de Janeiro o I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde⁽⁹³⁾, realizado pela Coordenação Sub-regional do Brasil junto à Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES/ORLA) e da Vice-Presidência da UIPES para a América Latina. A ENSP foi uma das parceiras.

No contexto latino americano, a OPAS elaborou o "Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)". Este documento foi elaborado por James Macinko, da Universidade de Nova York, e Hernán Montenegro e Carme Nebot, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Seu conteúdo foi aprimorado com a incorporação da orientação, recomendações e discussões resultantes do Grupo de Trabalho da OPAS sobre Atenção Primária em Saúde (APS), das discussões nacionais realizadas nos países das Américas, e da Consulta Regional em Montevidéu, em julho de 2005.

Em 2005 tinha-se um panorama de cobertura de 60 milhões de pessoas, ou seja, 37,7% da população nacional assistidas por 19.943 equipes de PSF em 5.175 municípios do território nacional. Considerando a expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e primeiro nível da atenção à saúde no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 648/GM, de 28 de Março de 2006⁽⁹⁴⁾ que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); a Portaria Nº 649/GM, também de 28 de março de 2006⁽⁹⁴⁾, que definiu recursos para estruturação de unidades básicas de saúde em municípios com PROSAUDE e RMMFC e a Portaria Nº 650/GM, da mesma data que definiu valores do PAB fixo e variável.

Em seguida, o PSF foi definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa apontava para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A Saúde da Família foi uma estratégia de reorganização da atenção primária e não previa um tempo para finalizar esta reorganização da Atenção Básica, que teve como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Como consequência de um processo de des_hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa teve como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciavam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

Em novembro de 2007, foi realizada em Brasília, a 13ª Conferência Nacional de Saúde com o tema central: “Saúde e Qualidade de Vida: política de Estado e desenvolvimento”, discutido em três eixos: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento, Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social; e A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

No ano de 2010, o Brasil lançou sua primeira Unidade de Saúde da Família Fluvial, inaugurada dia 7 de dezembro em Santarém, no Pará. A embarcação Abaré (que em tupi quer dizer ‘o amigo cuidador’) atendia a população Ribeirinha do Rio Tapajós desde 2006 e passou a fazer parte da Estratégia Saúde da Família, recebendo repasses Federais. Esta unidade foi viabilizada por meio de uma parceria com os municípios de Aveiro e Belterra, e com a ONG Saúde e Alegria, mediante financiamento da Organização Internacional Terre des Hommes da Holanda.

Essa ação conjunta fez parte da primeira de uma série de Unidades de Saúde da Família Fluvial na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul. A implementação constava na Portaria Ministerial nº 2.191, de 03 de agosto de 2010⁽⁹⁵⁾, que estabelecia critérios diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família na região. As Unidades Móveis de Saúde da Família contam com atendimento médico, odontológico e com uma ambulância para remoções de urgência – a ambulancha.

Pelo Decreto de 03 de março de 2011⁽⁹⁶⁾, foi convocada a 14ª Conferência Nacional de Saúde de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, com o tema:

“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Nacional, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro” com os seguintes eixos: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”: Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade equidade; Participação da comunidade e controle social e Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).

Uma perspectiva da 14ª Conferência Nacional de Saúde era reativar e acelerar os passos da integração da Educação em Saúde e das Políticas de Saúde, especialmente do Trabalhador.

1.2 PASSO A PASSO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Conforme já descrito anteriormente, a década de 80 foi de grandes dificuldades e perdas econômicas, porém e fundamentalmente de profundas conquistas sociais, com o fim do militarismo, as eleições e o protagonismo de forças sociais⁽⁹⁷⁾. No campo da Saúde do Trabalhador, o Brasil teve no movimento sindical uma das suas maiores alavancas nas questões relacionadas à saúde no trabalho⁽⁹⁸⁾. Diante da fragilidade política e social que o país vivia, diversos sindicatos de trabalhadores juntamente aos técnicos e profissionais de saúde e aos pesquisadores e intelectuais formadores, realizaram inúmeros eventos, encontros, seminários voltados à Saúde e Segurança no Trabalho. Surgiram as Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs) e foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), confrontando com as clássicas políticas restritivas de Higiene e Segurança no Trabalho da clássica Saúde Ocupacional adotadas pelo Estado brasileiro. A perspectiva era de se criar um novo modelo de atuação conjunta do

Estado com os trabalhadores à partir das propostas e vivências oriundas da Reforma Sanitária e do modelo operário italiano⁽⁹⁸⁾.

A Saúde do Trabalhador surgiu como um campo distinto da tradicional Medicina do Trabalho, que além de mantê-la, incorporou o saber do trabalhador, outras ciências, particularmente as ciências sociais ⁽⁹⁸⁾, com o compromisso de resgatar e preservar sua saúde, intervindo e modificando o ambiente e a organização do trabalho.

O quadro 4 apresenta as principais diferenças entre a medicina do trabalho e a saúde do trabalhador.

Com a Constituição Federal de 1988, a “Constituição Cidadã”, houve franca referência aos direitos dos brasileiros, inclusive voltados à condição de trabalhadores⁽⁹⁹⁾. Foi fundamentado e garantido ao cidadão, na Carta Magna da União, no artigo 1º, a cidadania (inciso II)⁽¹⁰⁰⁾, a dignidade da pessoa humana (inciso III), e os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa (inciso IV)⁽¹⁰¹⁾.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) previu que competia ao Estado, entre outras, “executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de **saúde do trabalhador**” (inciso II, artigo 200)⁽¹⁰¹⁾, e ainda “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” [(inciso VIII, artigo 200)⁽¹⁰¹⁾.

Os conflitos advindos são bem descritos por Dias⁽¹⁰²⁾ ao questionar: “A atenção à saúde do trabalhador no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?”. Dias⁽¹⁰²⁾ destacou os sítios de emergentes ações no campo da saúde do trabalhador: mudanças nos processos e ambientes de trabalho, a abordagem intersetorial e transdisciplinar e participação fundamental dos trabalhadores ao citar: “as ações de **saúde do trabalhador** estão colimadas na

busca de mudança nos processos de trabalho – das condições e dos ambientes de trabalho - através de uma abordagem **transdisciplinar** e **intersectorial** na perspectiva da totalidade, com a **participação** dos **trabalhadores**, enquanto sujeitos e parceiros, capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade”⁽¹⁰²⁾.

Foram instituídos os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) no âmbito do SUS, reunindo de forma complexa e contraditória, vigilância em saúde pública (sanitária e epidemiológica), vigilância à saúde, inspeção/fiscalização do setor Trabalho⁽¹⁰³⁾. Os serviços de saúde passaram a articular setores como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) e Universidades. Os PSTs foram criados em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) ficando bem estabelecidos os diferenciais de ações e objetivos das práticas dos PSTs e dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), criados pelo Ministério do Trabalho voltados para o controle da força de trabalho em favor da produtividade e do lucro, selecionando os mais saudáveis e promovendo a adaptação do homem ao trabalho⁽¹⁰⁴⁾. Diferentemente da ótica Trabalhista e Previdenciária, o olhar dos PSTs focava o trabalhador como protagonista maior do conhecimento das atividades e tarefas desempenhadas no trabalho real, portanto apto para a elucidação de ações voltadas à melhoria das condições do ambiente e exercício de trabalho; diferente de técnicos distantes os quais somente conheciam o trabalho prescrito.

Assim sendo, no momento inicial de concepção dos PSTs, ficou nítido seu papel como agente das ações de intervenção⁽¹⁰³⁾, apesar de não muito bem definidas, mas compreendiam ações de inspeção, fiscalização, vigilância sanitária dos ambientes de trabalho, vigilância epidemiológica das doenças profissionais e delineando seu papel nas práticas educativas na Saúde do Trabalhador.

As experiências nos primórdios dos PSTs foram fundamentais para o surgimento da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) do SUS⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁾ e seu fortalecimento em muito se apoiou na participação nacional nos acontecimentos e pactuações ocorridas no nível internacional como as Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que estabeleceram ações de prevenção e de controle dos riscos profissionais, e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), aprovado pelo Decreto nº 591, de 06/07/1992⁽¹⁰⁷⁾ que estabeleceu o direito de que toda pessoa possa gozar de condições de trabalho justas e favoráveis, asseguradas, em especial, pela segurança e higiene no trabalho (alínea “b” do artigo 7º)⁽¹⁰⁷⁾.

Foram realizadas até o momento três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador como marco histórico de reconhecimento da relevância pública dos Programas de Saúde do Trabalhador no SUS.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada de 1 a 5 de dezembro de 1986 em Brasília, apresentou como eixos norteadores os seguintes temas: “Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e Política Nacional de Saúde e Segurança dos trabalhadores”.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília de 13 a 16 de março de 1994, teve como tema central “Construindo uma Política

de Saúde do Trabalhador” representou um passo decisivo na formulação da Saúde do Trabalhador como Política Pública, com os eixos: “Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde; Cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador”.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com o tema “Trabalhar Sim, Adoecer Não”⁽¹⁰⁸⁾ aconteceu de 24 a 27 de novembro de 2005, tendo os três seguintes eixos temáticos: “Como garantir a integralidade e a Transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos (as) Trabalhadores (as)?; Como incorporar a Saúde dos (as) Trabalhadores (as) nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável do país?; e Como efetuar e Ampliar o Controle Social em Saúde dos (as) Trabalhadores (as)?” .

Diversos parâmetros legais foram criados ao longo dos anos para que a Saúde do Trabalhador fizesse parte da política de saúde pública do país, como a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS, Portaria nº 3.120 de 1º de julho de 1998^(100, 109) e a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador, a NOST⁽¹⁰¹⁾, complementar à Norma Operacional Básica, NOB-SUS Nº 01/ 96⁽¹¹⁰⁾, que teve por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das Ações de Saúde do Trabalhador urbano e rural, considerando as diferenças de gênero, pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Em 1999, em cumprimento à Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080/1990, art. 6º, § 3º, inciso VII)⁽⁵⁴⁾, a qual delega ao SUS a revisão periódica da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho, foi editada uma nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho⁽¹¹¹⁾ que passa a ser adotado inclusive “[...] pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, regulamentando o conceito de Doença Profissional e de

Doença Adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado [...]”⁽¹¹¹⁾. equiparando a doença relacionada ao trabalho ao acidente de trabalho⁽¹¹¹⁾.

Em 1995, através da Portaria Nº 2320 de 25 de julho de 1995⁽¹¹²⁾ de o Ministério da Saúde editou o “Manual de Normas e Procedimentos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – SUS”⁽¹¹³⁾ que refletiu os avanços dos PSTs e recomendava que fossem incorporados “elementos de vigilância em saúde ocupacional tradicionais, da vigilância à saúde e da epidemiologia social” além de articular com outras áreas, por exemplo, o meio ambiente, como modo de executar a vigilância em saúde do trabalhador⁽¹¹⁴⁾.

Em 1998, foi dado um importante passo para a integração da Educação em Saúde com a Saúde do Trabalhador nas práticas cotidianas do SUS, quando, com a publicação da NOST, recomendou-se a criação de núcleos de referência técnico-operacional para saúde do trabalhador nos estados e municípios, o que foi um importante reforço à diretriz da descentralização e à disseminação das experiências em curso no SUS⁽¹¹⁴⁻¹¹⁵⁾.

1.2.1 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Em 19 de setembro de 2002 foi publicada a Portaria 1.697 do Ministério da Saúde⁽¹¹⁶⁾, que dispôs sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com enfoque na assistência e vigilância, apesar de com maior ênfase para as questões relacionadas à assistência à saúde dos trabalhadores, reforçando os princípios organizativos de descentralização com comando único, hierarquização/regionalização e participação popular/controle social, consolidando assim, a importância da estruturação das ações na rede da

atenção básica, na Estratégia de Saúde da Família, na média e alta complexidade, e na rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador⁽¹⁰⁴⁾, incorporando ações de prevenção de agravos e promoção da saúde⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾.

Com a criação da RENAST, ficou reforçado o princípio da hierarquização/regionalização com descentralização, na medida em que a Rede foi criada com uma estrutura de relações entre as três esferas de governo; ficando sob a responsabilidade da União, a RENAST; nos Estados, os Centros Estaduais de Referência em Saúde do Trabalhador os CERESTs; e nos municípios, como referências regionais, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os CRSTs. Na ocasião nem todos os municípios desenvolviam ações em Saúde do Trabalhador; a maioria daqueles que executavam estas ações já eram organizados como Programa de Saúde do Trabalhador, os PST – que mais configuravam como Ambulatórios de Saúde do Trabalhador. Alguns centros municipais já desenvolviam algumas ações além do atendimento ambulatorial de ST, como era o caso de Campinas e São Paulo. Com a RENAST ampliou-se o número de CRSTs, com alguns PSTs que conseguiram se habilitar naquele momento e, ganharam o status de Centros de Referência. Muitos PSTs não tinham endereço específico, como era o caso de Piracicaba, porém passaram a ter sede própria com equipe de saúde específica e não mais uma sala cedida por alguma instituição de saúde com outras finalidades. Com a formação em Rede Nacional, criou-se um sistema de referência e contra-referência, no qual a atenção primária dos municípios, enquanto porta de entrada do Sistema Único de Saúde, referenciariam os trabalhadores para diagnóstico, assistência e reabilitação dos agravos à saúde causados pelo trabalho ao CRST existente em município de sua abrangência regional - enquanto Direção Regional de Saúde, a DIR - que englobava as Vigilâncias, Sanitária e a Vigilância Epidemiológica, ambas

Regionais - depois, pelo Decreto Nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006⁽¹²⁰⁾, Departamento Regional de Saúde, DRS, a partir de 2007 - que então se desvinculava das ações de Vigilância tanto Sanitária, criando-se o Grupo de Vigilância Sanitária, GVS; como Epidemiológica, criando-se o Grupo de Vigilância Epidemiológica, GVE (que foram transferidos para o Centro de Controle de Doenças pelo Decreto 51.307 de 27 de novembro de 2006) das ações de planejamento e assistência em saúde por parte do Estado, que permaneceram com o DRS - ficando as ações de Saúde do Trabalhador no nível regional – referenciadas ao GVS e na esfera estadual ao CEREST da capital São Paulo.

Em 07 de dezembro de 2005, foi publicada a portaria 2.437⁽¹²¹⁾ que dispôs sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST no SUS, na qual estavam detalhados aspectos da implantação e atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com destaque para seu papel de articulador de política de Saúde do Trabalhador⁽¹⁰⁹⁾. Naquele momento, a mesma sigla referente ao Centro de referência em Saúde do Trabalhador de âmbito estadual passou a designar os regionais também, que na verdade eram unidades municipais, porém de referência regional.

Em 2007, a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (COSAT) desligou-se administrativamente, da Secretaria de Assistência e vinculou-se à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

1.2.2 O Grupo Regional de Implantação e Acompanhamento da RENAST

A fim de consolidar a RENAST, foram constituídos grupos regionais interinstitucionais e paritários – quanto à sua composição, com membros de

governo e do controle social em igual proporção. Os GRIARs⁽¹²²⁾ eram formados na abrangência de cada Direção Regional de Saúde, DIR. O GRIAR representava a expressão regional da RENAST e era fundamental em DIRs com predominância de municípios pequenos, pois levava para perto da realidade dos mesmos, as decisões e políticas criadas no nível federal e estadual. É sabido que os municípios sempre apresentaram dificuldades em enviar seus funcionários para representarem-no em reuniões na capital do respectivo estado; não só pelo custo operacional, mas também pela carência de funcionários e a conseqüente falta que estes fariam nos cotidianos municipais. O que se constatava era a ausência dos municípios especialmente os menores, nos encontros de determinados programas de saúde que não fossem prioridade ou de interesse, da gestão municipal, que, pelo princípio organizativo do comando único, detinha autonomia de decisão.

Cita-se como exemplo, o GRIAR da DIR-XV de Piracicaba (atual DRS-X)⁽¹²⁰⁾ e sua importante atuação locorregional. O Grupo tinha regimento próprio, aprovado em reunião de sua composição e reunia-se mensalmente de forma ordinária, cada mês em um dos 28 municípios do território da DIR XV (atual DRS – X)⁽¹²⁰⁾ com pauta constituída pela capacitação do Grupo em temas solicitados e definidos pelo próprio GRIAR, seguida de apresentação de um PST municipal do mapa das atividades econômicas e problemas relacionados ao trabalho do município sede da reunião. A composição paritária do GRIAR de Piracicaba era composto por 15 titulares e 15 suplentes de representantes de governo e 15 titulares e 15 suplentes de representantes dos usuários⁽¹²²⁾. Importante destacar que havia uma vaga para o PEP Leste Paulista no segmento de governo descrito a seguir, legitimando a atuação e a importância da Educação Permanente em Saúde na Saúde do Trabalhador de Piracicaba e Região. A composição do GRIAR

de Piracicaba e Região, conforme Artigo 4º do seu regimento⁽¹²²⁾, era constituída pelos seguintes representantes no segmento de governo:

- 1) DIR XV Piracicaba – suplente do IAL Rio Claro
- 2) CRST Piracicaba – suplente também do CRST Piracicaba
- 3) CRST Rio Claro – suplente também do CRST Rio Claro
- 4) DRT Piracicaba – suplente também do DRT Piracicaba
- 5) INSS Piracicaba – suplente também do INSS Piracicaba
- 6) PST microrregião Araras: Araras– suplente de Conchal
- 7) PST microrregião Capivari: Elias Fausto – suplente de Capivari
- 8) PST microrregião Limeira: Limeira – suplente de Iracemópolis
- 9) PST microrregião Piracicaba: Sta. Mª da Serra – suplente de Rio das Pedras
- 10) PST microrregião Rio Claro: Itirapina – suplente de Cordeirópolis
- 11) COSEMS: Santa Gertrudes – suplente COSEMS: Sta. Cruz da Conceição
- 12) Agricultura e Meio Ambiente: EDA Piracicaba – suplente da CETESB
- 13) PSF da DIR XV – suplente da VE da DIR XV
- 14) CIR da DIR X – suplente também da CIR da DIR XV
- 15) PEP Leste Paulista – suplente do Planejamento da DIR XV

Na composição do GRIAR o regimento buscou constituir equipe multidisciplinar e intersetorial com todos os atores envolvidos com a Saúde do Trabalhador, de forma universal no território. Assim sendo os 28 municípios (na ocasião os municípios de Tietê e Jumirim faziam parte da abrangência DIR XV Piracicaba; atualmente na DRS XVI Sorocaba) demonstrados no gráfico 4, foram contemplados com uma vaga. Na composição de governo, observava-se que nas

representações de PST, estavam presentes 10 municípios e com mais 02 pelo COSEMS e 02 pelos CRSTs, já totalizavam 14 dos 28. Como pode ser observado adiante, os demais municípios foram contemplados em vagas do segmento usuário⁽¹²²⁾:

- 1) Sindicatos: Const. Civil de Limeira – suplente da Saúde de Araras
- 2) Sindicatos: Químicos de Piracicaba – suplente da Alimentação de Piracicaba
- 3) Sindicatos: Químicos de Rio Claro – suplente dos Químicos de Araras
- 4) Sindicatos: Bancários de Limeira – suplente dos Condutores de Capivari
- 5) Sindicatos: Metalúrgicos de Limeira –suplente dos Metalúrgicos de Rio Claro
- 6) CMS Pirassununga – suplente CMS de Leme
- 7) CMS de São Pedro – suplente CMS de Charqueada
- 8) CMS de Engenheiro Coelho – suplente CMS de Capivari
- 9) CMS de Tietê – suplente CMS de Águas de São Pedro
- 10) CMS de Mombuca – suplente CMS de Jumirim
- 11) APDRT: Piracicaba – suplente APDRT: Araras
- 12) Associação dos Portadores de Necessidades Especiais – suplente também
- 13) Universidades: ISCA Limeira– suplente: FIMI Serviço Social Piracicaba
- 14) Universidades UNIARARAS – suplente FOP / UNICAMP
- 15) Sindicato Patronal: ASPACER – suplente ASPACER.

No item 9 Art. 8 Cap. VI do regimento do GRIAR⁽¹²²⁾, tinha-se nas suas atribuições: “Promover capacitação em saúde do trabalhador, para implementação

dos projetos estruturadores, dando suporte técnico para que sejam atingidas a qualidade e adequação dos programas, educação popular e formação e conselheiros e agentes, bem como de temas específicos condizentes, articulados ao Pólo de Educação Permanente”.

O GRIAR de Piracicaba acompanhava inclusive as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, o que oferecia magnífica oportunidade de formação de equipe multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial, na medida em que seus membros representantes sindicais e formadores acompanhavam denúncias e fiscalizações.

Atingiu tamanha expressão que no IX Congresso dos Secretários de Saúde do Estado de São Paulo acontecido em Praia Grande no ano de 2006, o GRIAR foi convidado para apresentar uma palestra mostrando sua experiência para as demais DIRs do Estado. A palestra foi proferida pelo autor do presente trabalho, na época 1º Secretário do GRIAR e contou com a participação da Presidente, representante do PST da VISA da DIR XV, da Vice-Presidente Coordenadora do CEREST Rio Claro, do Coordenador do CEREST de Piracicaba e de outros membros do GRIAR.

Conhecendo-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que será descrita mais a frente, tornar-se-á possível a compreensão do significado do GRIAR como roda colegiada de gestão e ação, com espaço de voz e de escuta interinstitucional e intersetorial, às necessidades locais, em especial as municipais; especialmente na abrangência de Piracicaba e Região. O GRIAR, a fim de fornecer suporte técnico e de conhecimento com base nos saberes e práticas; elaborava um mapa das realidades, ofertas e necessidades da região e de cada município integrante do seu território⁽¹²²⁾.

1.3 PASSO A PASSO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III⁽¹⁾, determinou que, “ao SUS compete, ordenar a formação de recursos humanos, na área de saúde”, o que certamente gerou uma política de aproximação entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Saúde acerca da gestão do trabalho e da educação da saúde, com consequente promoção do ensino-serviço, da humanização da atenção dos princípios doutrinários do SUS especialmente a integralidade. Delineou-se então uma Política de Educação para o SUS que se fundamentou no princípio da integração da educação e do trabalho em saúde, que, conseqüentemente, suscitou mudanças nas práticas de educação em saúde e nas práticas da saúde, com participação dos diversos atores sociais envolvidos na Saúde e de forma intersetorial ampliada e colegiada. Todos são protagonistas na aprendizagem, a partir dos conhecimentos previamente adquiridos somados às trocas de experiências e vivências, resultando de forma significativa, no bem estar integral da população.

1.3.1 A Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Para garantir esta articulação saúde-educação, em 09 de junho de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a SGTES, no Ministério da Saúde, pelo Decreto Nº 4.726⁽¹²³⁾. A SGTES teve como missão propor mudanças na formação desde técnica até na graduação e pós-graduação; e fundamentalmente propôs um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde das populações regionais e o fortalecimento do SUS; pois que a garantia de acesso à melhoria da

qualidade das ações de saúde devia se pautar nas questões relativas aos recursos humanos do próprio SUS. A natureza política e descentralizada do Sistema, através da SGTES, incentivou também a valorização dos trabalhadores e a democratização das relações de trabalho no SUS. Dessa forma assumiu fundamental importância no desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS)⁽¹²⁴⁾.

Segundo o Decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003⁽¹²⁵⁾, (revogado pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006⁽¹²⁶⁾, revogado pelo Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006⁽¹²⁷⁾, revogado pelo Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009⁽¹²⁸⁾, eram competências da Secretaria:

- I. Promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
- II. Elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde e acompanhar a sua execução, bem como promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde⁽¹³⁹⁾;
- III. Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;
- IV. Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem assim com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo

em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor da saúde;

V. Promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;

VI. Planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde;

VII. Planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde;

VIII. Planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde, e

IX. Fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul.

A Secretaria foi composta por dois departamentos⁽¹²⁹⁾: da Gestão da

Educação em Saúde (DEGES) e da Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), conforme apresentado no Gráfico 1.

O Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde monitorou as relações de trabalho partindo do princípio de que a participação do trabalhador de saúde fosse fundamental para a efetividade, eficiência e eficácia do SUS. Desta forma o trabalhador foi tido como sujeito e agente transformador de seu ambiente, e não apenas um simples elemento do quadro de recursos humanos executor de tarefas ditadas pela chefia. Desta maneira, os ambientes de trabalho tornaram-se locais de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Decorrente da política de elemento-sujeito estar centrado no trabalhador; competia ao DEGERTS gerir mecanismos de valorização e bem estar dos trabalhadores; através do Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social – Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde; humanização da qualidade do trabalho; dentre outros. Destacou-se ainda a criação da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) pela Portaria 827/GM de 05 de maio de 2004⁽¹³⁰⁾.

O DEGERTS executava suas ações através de duas Coordenadorias Gerais: Coordenação Geral da Gestão do Trabalho e Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho.

O Departamento de Gestão da Educação em Saúde, o DEGES, coordenava a implantação da Política de Educação Permanente para trabalhadores do Sistema Único de Saúde, e planejava, acompanhava e avaliava

estas ações que envolviam as três esferas do governo, na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Visando o cumprimento da sua missão institucional de promover o fortalecimento do sistema formador e do sistema de saúde, o DEGES também promovia ações no sentido de articular e integrar órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais.

O DEGES promovia suas ações por meio de duas Coordenações Gerais: Coordenação Geral de Ações Estratégicas e Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde. Possuía ainda políticas transversais que se organizavam em eixo estruturante, promovendo maior integração e sustentabilidade às políticas das duas Coordenações Gerais.

A Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde foi responsável pelas ações que teve como público-alvo os profissionais de nível técnico de saúde para a formação e a ordenação da formação destes profissionais de nível técnico. Nesse sentido alguns programas foram desenvolvidos, dentre eles o PROFAE, o PROFAPS e o fortalecimento das ETSUS. A formação de nível técnico em saúde impôs certas singularidades e pôde-se considerar como estratégias para a formação destes profissionais o desenvolvimento do currículo integrado, a descentralização dos cursos, a articulação escola-serviço-comunidade

A Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde foi responsável pelas ações que teve como público-alvo os profissionais de nível universitário de saúde para a formação e a ordenação da formação destes profissionais de nível superior. Alguns de seus programas incluíram o Pró-Saúde, o Pet-Saúde, o de Revalidação de Diplomas Médicos e o de Pró-Residências;

todos voltados para o aperfeiçoamento profissional e para a educação permanente dos trabalhadores da saúde no nível superior.

De grande importância ainda, referencia-se as Capacitações e Formação em Saúde da Família (Polos de Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família), o Aperfeiçoamento de Gestores (qualificação de equipes gestoras de sistemas e serviços de Saúde), o GERUS (desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde), Especialização de Equipes Gestoras (especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde), o PITS (programa de interiorização do trabalho em saúde), o Promed (programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina), os Mestrados Profissionais, o Curso de Facilitadores e Tutores em Educação Permanente em Saúde⁽¹³¹⁾, o Curso de Formação de Conselheiros de Saúde⁽¹³²⁾, e do Ministério Público para o controle social, dentre outros.

Dessa forma, o Ministério da Saúde assumiu o papel previsto na Constituição, como gestor federal do SUS, da formulação de políticas orientadas da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil, responsabilizando-se pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições de ensino, organizações dos movimentos sociais e outras entidades para a implantação destas políticas.

Em consonância com as competências da SGTES citadas acima, a Secretaria sempre trabalhou levando em consideração as particularidades dos trabalhadores de nível técnico e de nível superior, mas também da população, pois que Ações Populares de Educação em Saúde também se constituíram em eixo importante e específico de ação. Desta forma, a adoção da educação permanente teve como perspectiva a recomposição ou reformulação das práticas

em saúde em todos os níveis humanos de participação desde a formação, até a atenção, a gestão e o controle social; ou seja, professores, trabalhadores, gestores e usuários do sistema respectivamente. Vale ressaltar a importância da articulação permanente entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), com associações de ensino e profissionais, entidades estudantis e movimentos e representações sociais.

Todos estes programas de um lado, tinham como propósito promover a mobilização e aproximação das diversas pessoas e instituições do segmento formador e de serviços de saúde; despertar o senso de análise e reflexão crítica periódica; fortalecer as reavaliações e mudanças no processo de formação e gerar mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde; entretanto, de uma maneira geral, acontecia de forma desarticulada, desintegrada e fragmentada ou compartimentalizada; o que não substanciava nem solidificava as mudanças desejadas ou previstas nas instituições formadoras e nas instituições de cuidado em saúde, ou seja, na rede de serviços do SUS. Nesse sentido a Educação Permanente ainda necessitava de fortalecimento como eixo transformador, agente captador de recursos e poderes e fortalecedor do SUS.

1.3.2 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004⁽¹³⁰⁾, (depois substituída pela Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007⁽¹³³⁾, conforme será detalhado mais à frente) surgiu como uma proposta estratégica de transformação e qualificação das práticas de saúde. Sendo assim, foi criada como uma Política voltada para os trabalhadores da rede de serviços do Sistema Único de Saúde e articulada aos princípios organizativos do SUS de regionalização, descentralização e participação popular.

A educação permanente baseou-se no princípio da aprendizagem significativa, conceito fundamental que partia da premissa que o conteúdo devia ser potencialmente significativo e, segundo, a pessoa devia estar motivada para relacionar o que aprendia com o que já sabia e de forma aberta interagir com o outro. Assim sendo, o objeto de aprendizagem consistia em relacionar a nova informação ao conhecimento que já se obteve previamente – desta forma, a aprendizagem tornava-se significativa, diferindo da aprendizagem repetitiva que se limitava à memorização da informação sem relacioná-la ao conhecimento prévio. Somente se unia o conhecimento prévio à informação nova por meio da reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais reais em ação na rede de serviços do SUS. Segundo Maria Alice Roschke, a “Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. A produção de subjetividade tornava-se fundamental, pois que os ambientes de trabalho deviam ser lugares de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes e

adequadas – a atualização técnico-científica era apenas um dos aspectos de transformação das práticas e não seu foco principal.

A Educação Permanente envolveu o coletivo, pois as mudanças na organização e exercício da atenção deviam ser construídas em equipe, pois que as demandas para capacitação não decorriam de necessidades individuais e nem dos níveis centrais, mas sim dos problemas ou nós-críticos de determinado território nas questões relativas à atenção à saúde e à organização do trabalho local. Assim sendo, a aprendizagem significativa devia ser desenvolvida com a finalidade de enfrentamento dos problemas do processo de trabalho, confrontando com as práticas pedagogicamente concretas, onde o processo de trabalho é um cenário produtivo útil de transformação de uma realidade social local e não apenas como um local de exercício e cumprimento do emprego. As relações sociais constituíam-se em vetor dos objetivos e finalidades da aprendizagem significativa e, por conseguinte, da educação permanente em saúde, fato este que envolveu diretamente a Saúde Coletiva. Com base na Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007⁽¹³³⁾, entendeu-se que a educação permanente devia se desenvolver de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar a fim de que o trabalho em equipe; a democratização institucional; a constituição de práticas críticas, éticas e humanizadas; a disposição de aprendizagem; o enfrentamento das situações novas de saúde e a melhoria permanente da qualidade da atenção e cuidado à saúde pudessem de fato desencadear mudanças na formação e gestão do trabalho através do encontro periódico entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde.

1.3.3 OS Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Por ser da competência do SUS, conforme o princípio organizativo do comando único e descentralização, a gestão da educação permanente em saúde, coube a um Colegiado, conforme o parágrafo único do art. 1º da Portaria N º 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004⁽⁹¹⁾, a saber:

*“A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como **Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS** (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão)....”*

Foram criados 96 Polos de Educação Permanente no Brasil congregando mais de 1000 entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação popular social em saúde.

Os Polos foram compreendidos como espaços de diálogo e negociação entre os diversos atores sociais envolvidos nas ações e serviços do SUS e das suas respectivas entidades/instituições; para a identificação das necessidades e construção de estratégias e políticas de aprendizagem baseadas nos nós-críticos elencados em cada território pelo conjunto de todos os atores sociais em equipe, voltados para a mudança nas práticas de saúde e da educação em saúde como Rodas de debate e construção coletiva⁽¹³⁴⁾

No seu Artigo 2º⁽⁹¹⁾, a Portaria definia como composição dos Polos, os gestores estaduais e municipais, as universidades e instituições de ensino com curso na área da saúde, incluindo principalmente as suas áreas clínicas e da saúde coletiva, as escolas de saúde pública (ESP), os centros formadores (CEFOR), os núcleos de saúde coletiva (NESC), as escolas técnicas de saúde (ET-SUS), os hospitais de ensino, os estudantes da área de saúde, os

trabalhadores de saúde, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde, com espaço aberto à participação de outras representações relevantes conforme encaminhamento de inclusão por parte do Colegiado de Gestão.

Este Colegiado de Gestão, de cada Polo de Educação Permanente em Saúde, foi composto por representantes de todas as instituições participantes e designava um Conselho Gestor formado por representantes do gestor estadual (em geral da direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde. Além disso, cada Colegiado de Gestão podia criar uma Secretaria Executiva composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e conselheiros de saúde para agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor⁽⁹¹⁾; e também podia se criar Comitês Temáticos⁽⁹¹⁾ quando um tema fosse tido como prioritário para a locorregião de um determinado Polo com ações de caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades; como foi o caso do **Comitê Temático de Saúde do Trabalhador**, chamado de **Núcleo de Saúde do Trabalhador, do Polo Leste Paulista de Educação Permanente**, dando visibilidade e constituindo-se como modelo de integração da Saúde do Trabalhador com a Educação Permanente no Sistema Único de Saúde do Brasil.

Nos Estados em que se constituíram mais de um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, era possível a criação de um Colegiado ou Fórum de Polos. Como exemplo, teve o Estado de São Paulo oito Polos⁽¹³⁵⁾ descritos abaixo com suas respectivas direções regionais de saúde de abrangência, e cabia à Secretaria Estadual da Saúde, reuni-los periodicamente

para intercâmbio de idéias e experiências e manutenção dos princípios e objetivos gerais, apesar do respeito às necessidades locais:

1. Polo Oeste Paulista: Marília, Assis e Presidente Prudente;
2. Polo Noroeste Paulista: São José do Rio Preto, Araçatuba e Barretos;
3. Polo Baixada Santista: Região de Santos e Litoral Norte;
4. Polo do Vale do Paraíba: São José dos Campos e Taubaté;
5. Polo Sudoeste Paulista: Bauru, Botucatu, Registro e Sorocaba;
6. Polo Nordeste Paulista: Ribeirão Preto, Araraquara e Franca;
7. Polo Leste Paulista: Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista;
8. Polo da Grande São Paulo: São Paulo, Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha e Osasco.

É importante destacar que nenhum município poderia restar sem referência a um Polo de Educação e sua inclusão ou definição dos territórios locorregionais acontecia por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde.

O Ministério da Saúde apoiava técnica, financeira e operacionalmente a constituição e o funcionamento dos Polos com recursos do seu próprio Orçamento conforme o Artigo 6º da Portaria 198 GM/MS de 2004⁽⁹¹⁾ e o primeiro repasse de verbas baseou-se nos critérios e na tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde (Anexo I da Portaria 198 GM/MS de 2004⁽⁹¹⁾ (ver tabela 1) pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003⁽¹³⁶⁾.

Na compreensão do alcance da integralidade - uma diretriz ou princípio doutrinário constitucional - com base nas necessidades locorregionais por saúde, a atenção primária, no papel de porta de entrada na dinâmica de funcionamento do SUS, fundamentava as relações contínuas da população com a rede de serviços do Sistema, fato este que sedimentou os Polos de Educação Permanente em Saúde como agente impactante de mudanças e transformações na formação dos trabalhadores e nas práticas de saúde. Desta forma, constituíram-se como critérios da distribuição dos recursos aqueles fatores diretamente envolvidos com a atenção primária em saúde, ou atenção básica, como era denominada na época. Eram critérios: o mais importante, o número de equipes de saúde da família como expressão do engajamento na mudança de modelo assistencial; mas também a população dos municípios como expressão da descentralização, o número de Conselheiros de Saúde como expressão do exercício do controle social; a concentração de Equipamentos de Ensino com inverso da capacidade instalada de instituições de ensino superior e técnico em saúde como expressão de concentração desigual das instituições e conseqüente necessidade nas regiões menos cobertas; o número de Unidades de Saúde como expressão da resolutividade ou não, das necessidades de saúde da população referenciada; a população total como expressão do universo de cobertura do projeto e o número de cursos da área de saúde como expressão da perspectiva de mudança na graduação; conforme demonstrado nas tabelas 2 e 3.

Com relação às locorregiões, aplicavam-se os mesmos critérios previstos para os estados mostrados acima. Para fins de cálculo per capita no caso da locorregião incluir serviços de um ou mais municípios, a pactuação envolvia a proporção da população de abrangência e o número de conselheiros de saúde da região, isto pois que jamais poderia ser ultrapassado o total de cem por cento da

população do estado reconhecida nacionalmente. No caso de localidades que pudessem envolver territórios interestaduais, as pactuações aconteciam neste mesmo âmbito entre os gestores estaduais envolvidos.

Na tabela 4 tem-se a distribuição do montante do Estado de São Paulo por Polos.

Com a distribuição da verba, cada Polo implementava seus projetos locais pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Polo, CIB e CES de cada estado, que eram acreditados pelo Ministério da Saúde, conforme as “Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor”, aprovadas no Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003⁽¹³⁷⁾ e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro⁽¹³⁸⁾ e em 23 de outubro de 2003⁽¹³⁹⁾ e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003⁽¹²⁹⁾ (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes) . Como forma de garantia federal da execução dos projetos e análise / avaliação dos novos projetos foi criada uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde.

Conforme as diretrizes da PNEP⁽¹²⁹⁾, a educação permanente surgiu como forma de integração entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporavam ao cotidiano das pessoas e dos serviços e ações de saúde; o que justificou o **“educar promovendo saúde ou o promover saúde educando”** e a íntima relação integradora da EPS com a ST e seus movimentos recíprocos no Sistema Único de Saúde do Brasil, na abrangência do Polo Leste Paulista, conforme será descrito adiante. A educação permanente permitiu a atualização técnica dos trabalhadores da saúde, mas principalmente a reflexão crítica dos processos de trabalho e de formação com consequente identificação dos nós-críticos ou problemas e posterior elucidação de estratégias de superação e resolução dos mesmos. A referência reflexiva era focada nas necessidades de saúde da população local, na gestão setorial e no controle social em saúde para o alcance da transformação das práticas e da organização do trabalho em consonância com os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização/hierarquização, comando único/descentralização e participação popular/controle social) do SUS; com as diretrizes da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS. Esta Cadeia teve sua construção com alicerce na Saúde da Família, “onde se 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; uma vez que a SF foi a primeira experiência brasileira nestes moldes de organização. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de um conjunto articulado de serviços

básicos, ambulatoriais 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” conforme o anexo II da Portaria 198 GM/MS Nº 198 13 de fevereiro de 2004⁽¹⁴⁰⁾. A qualidade da formação passava a ser fruto da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários⁽¹³⁴⁾.

Nesse sentido, o aprender e ensinar transformador priorizou as equipes que atuam na atenção primária em saúde; as equipes de urgência e emergência; as equipes da atenção e internação domiciliar; as equipes de reabilitação psicossocial; as equipes de humanização do pré-natal, parto e pós-parto; os Hospitais Universitários e de Ensino; as equipes de gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde; e as capacitações pontuais resultantes das deliberações nacional, estadual intergestores, municipal ou do conselho de saúde levando em consideração às atualizações, novidades e indicadores da Saúde. Estas capacitações pontuais não se resumiam a pacotes fechados de cursos, e sim à produção de conhecimento apropriado às mudanças no sistema e melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Segundo a Portaria⁽¹⁴⁰⁾, cinco campos de negociação e articulação eram definidos, a saber:

- transformação da rede de gestão e serviços em ambientes-escola;
- mudanças nas práticas de formação e da saúde visando a integralidade;
- adoção da educação permanente pelos trabalhadores no e para o SUS;

- construção de políticas de formação com bases locorregionais;
- avaliação como estratégia de sustentação da mudança.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS como espaços de negociação e diálogo de forma interinstitucional e transdisciplinar^(129, 141-142) permitiriam a interlocução permanente do CNS, com a CIT, com o CONASS, com o CONASEMS e as Associações de Ensino, docentes e estudantes para a formação e desenvolvimento de gestores do sistema, ações e serviços de saúde, de conselheiros de saúde e agentes da gestão social, do movimento estudantil como futuros profissionais. Dessa reflexão, “nasceu” em 2003, o conceito de quadrilátero da formação: ensino – gestão – atenção – controle social⁽¹³⁴⁾. A Educação Permanente assumiu o papel interlocutor dos projetos político-pedagógicos na dinâmica da roda onde o protagonismo não se concentrava em um único sujeito, mas em todos os atores sociais participantes, mesmo com o princípio organizativo de comando único/ descentralização onde União e Estados tinham o papel de coordenação e os municípios e as escolas exerciam a condução da aprendizagem significativa entre os diversos grupos territorializados. A noção de Rodas ou Polos neutralizaria a verticalidade da pirâmide tradicional em que o Estado exercia gerência hegemônica, consolidando os preceitos constitucionais da Reforma Sanitária Brasileira e reforçando a participação coletiva no lugar do individualismo e fragmentação do sistema, caracterizando a Gestão Colegiada dos Polos⁽¹⁴³⁾. No gráfico 2 evidencia-se a interinstitucionalidade na formação, atenção, gestão e controle social em saúde nos territórios.

O Gráfico 2 mostra de forma clara a natureza colegiada e coletiva dos Polos com representações de todos os atores sociais do Sistema Único de Saúde, ou seja, o segmento dos gestores e dirigentes de estado, o segmento dos

trabalhadores da saúde, o segmento dos formadores e estudantes e o segmento dos usuários das ações e serviços de saúde; integrando ensino e serviço, gestão e formação, instituição e controle social⁽¹⁴⁴⁾. Esta diversidade na composição dos Polos se, por um lado, traduzia-se num espaço colegiado e democrático de voz e voto, por outro, acarretava uma multiplicidade de interesses e pontos de vista, na maioria das vezes com choques entre aqueles segmentos, apesar do foco central da política nacional de educação permanente situar-se na própria população local/regional e suas necessidades em saúde e mesmo de educação. Conforme citado anteriormente, mecanismos de avaliação, validação e acreditação periódicos dos projetos e dos processos desencadeados pelos Polos e seu acompanhamento exerciam o papel da manutenção da fidelidade às diretrizes e princípios da PNEP e apaziguador dos choques e interesses dos diversos segmentos sociais envolvidos, com regras e critérios propostos pelo gestor federal, proponente da educação permanente em saúde como uma política pública do SUS

Estas regras^(91, 139, 145) consistiam:

1. Demarcação do território de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, conceituando território, (anexo II da Portaria N^o 198 Gm/MS de 2004⁽⁹¹⁾, ver tabela 2) como uma abrangência de “municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado – áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros)”;

2. Configuração de espaço de negociação e diálogo da interinstitucionalidade locorregional como roda de gestão democrática e não como lugar de execução de ações;
3. Reuniões periódicas de representantes dos quatro segmentos sociais envolvidos - gestor, formador/estudante, trabalhador e usuário/controle social – como autores/atores das transformações na formação e desenvolvimento dos novos atores com aprendizagem significativa;
4. Fidelidade ao princípio da roda em que todos participantes são sujeitos protagonistas extinguindo o modelo piramidal dos projetos verticalizados e com a “lógica de relação de balcão ou de banco” com o governo federal e/ou estadual;
5. Produção de políticas baseadas nas necessidades de formação e nos princípios doutrinários e organizativos do SUS;
6. Registro das práticas implementadas e da análise das mesmas consolidando sua visibilidade;
7. Discussão das transformações necessárias na formação e no desenvolvimento dentro dos limites do seu território;
8. Compromisso dos atores envolvidos nas iniciativas de formação e desenvolvimento com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente;
9. Reconhecimento pelos municípios abrangentes do território, do seu Polo como referência em formação e desenvolvimento;

10. Reconhecimento pelas Instituições participantes, dos Municípios e Diretorias Regionais das Secretarias Estaduais de Saúde como referência para formulação de novas políticas de formação e desenvolvimento em conjunto com o SUS locorregional;
11. Reconhecimento de cada Polo como referência no status de território ampliado, apoiando os demais Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS;
12. Compreensão de que o Polo seja o principal meio de aquisição de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e desenvolvimento;
13. Coordenação por parte da Secretaria de Estado da Saúde de um Colegiado ou Fórum dos Polos de Educação Permanente em Saúde nos estados com vários Polos e ainda a iniciativa de reuniões periódicas entre esses Polos, respeitando as necessidades locorregionais e fortalecendo o SUS e a Reforma Sanitária Brasileira, não ficando nenhum município do país sem fazer parte do território de algum Polo;
14. Estabelecimento de um Colegiado de Gestão transparente e participativa de todas as instituições integrantes com decisões consensuais, sendo que na falta do consenso, a decisão fica a cargo da Comissão Intergestores Bipartite Estadual e do Conselho Estadual de Saúde.

O Ministério da Saúde ao promover a acreditação dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Conselho Gestor do Polo, na CIB e aprovados no CES, não estava apenas aprovando ou reprovando esses projetos, mas acompanhando e oferecendo cooperação técnica em conformidade com as diretrizes da PEPS. Estes projetos eram encaminhados ao DEGES da SGTES e à Coordenação Nacional.

Foram critérios de acreditação^(91, 139, 145):

1. Apresentação de previsão de impactos nas ações e serviços de saúde, em todos os níveis de formação em saúde e na educação popular;
2. Definição dos compromissos dos parceiros participantes do Polo;
3. Apresentação da amplitude das inclusões propostas no sentido da multiplicidade de atores e serviços;
4. Formulação de abordagens e estratégias integradas de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos no território;
5. Explicitação das necessidades em saúde que o projeto está voltado e suas metodologias;
6. Evidência do projeto se relacionar aos princípios e diretrizes do SUS, à APS e à cadeia de cuidados progressivos à saúde na rede do SUS (saúde da família);
7. Evidência das mudanças esperadas nas práticas de saúde e de educação na saúde;
8. Evidência de multiprofissionalismo e transdisciplinaridade;
9. Indicação dos responsáveis pela implementação das ações previstas com custos e planos de aplicação;

Uma vez acreditados e validados, a etapa subsequente consistia na alocação de recursos financeiros para os projetos de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sendo que cada localidade já tinha previamente um teto previsto pelo Ministério da Saúde. Uma vez atendidos os critérios, o repasse acontecia de forma transparente e permanente para garantia da sustentabilidade do projeto.

A alocação seguiu exatamente os critérios de equidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros conforme já apresentado anteriormente para as Unidades da Federação e para os oito Polos do Estado de São Paulo.

As despesas e gastos cobertos pelos recursos alocados incluíam consultorias, pagamento de hora aula, estágio em serviços, cursos, residências, oficinas, conferências, seminários, material didático, equipamentos e publicações.

Algumas linhas de apoio foram definidas para o desenvolvimento e execução dos projetos de educação permanente para o SUS, acreditados e validados:

Quanto ao desenvolvimento de ferramentas e metodologias, a principal delas foi a educação à distância, voltadas para três eixos de ação e atividades^(91, 139, 145), a saber:

- Formação de tutores/facilitadores/orientadores⁽¹⁴⁶⁾ para a educação permanente com curso para gestores e trabalhadores da saúde;
- Destinação de recursos e criação de programas de educação à distância como metodologia da educação permanente;
- Criação e emprego de modalidades pedagógicas inovadoras na

educação permanente para o SUS através de seminários e reuniões técnicas

Quanto à educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para clínica ampliada^(91, 139, 145), seja na atenção primária, nos ambulatórios especializados ou nos hospitais-escolas; preconizava fundamentalmente a saúde da família e a saúde coletiva, com base nos seguintes eixos de ação e atividades:

- Especialização em Saúde da Família com abertura e/ou expansão de cursos;
- Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Integrada em Saúde com abertura e/ou expansão destes Programas⁽¹⁴⁷⁾;
- Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Atendentes de Consultório Dentário (ACD) com implantação destes programas;
- Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem com abertura e/ou expansão de cursos;
- Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da integralidade com abertura e/ou expansão de cursos específicos;
- Desenvolvimento de Áreas Temáticas Prioritárias com cursos voltados à saúde coletiva e à clínica; epidemiologicamente de relevância pública: dengue, malária, Aids, hanseníase, tuberculose, diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, urgência e emergência, atenção domiciliar, saúde bucal, saúde da mulher, saúde mental, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, **saúde do trabalhador**,

saúde ambiental, assistência farmacêutica, dentre outros;

- Estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência de forma humanizada;
- Desenvolvimento de mecanismos de acolhimento, responsabilização, continuidade e integralidade da atenção e do cuidado;

Quanto à educação e ao desenvolvimento da gestão e do controle social no SUS^(91, 139, 145), priorizava os trabalhadores da gestão do sistema e dos serviços e também os agentes sociais e conselheiros de saúde, e baseava-se nos eixos de, ação e atividades descritos a seguir:

- Formação para gestores de unidades locais e equipes gestoras através de cursos de organização de serviços e processos de trabalho;
- Formação em planejamento, organização e gestão de serviços de saúde com cursos de especialização;
- Investigações sobre temas relevantes ao SUS e à continuidade e integralidade da atenção;
- Formação dos conselheiros de saúde, agentes sociais, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde através de cursos.

Por fim, quanto ao incentivo e implementação das Diretrizes Curriculares na graduação das profissões da saúde, sob a ótica do SUS^(91, 139, 145), teve-se os seguintes eixos de ação e atividades previstas:

- Formação docente e de trabalhadores dos serviços para acompanhamento docente em educação de profissionais de saúde com cursos de aperfeiçoamento pedagógico;

- Articulação entre instituições formadoras e serviços de saúde fazendo destes espaços de ensino-aprendizagem com estágios supervisionados;
- Especialização em educação de profissionais de saúde;
- Investigações sobre temas relevantes ao SUS;
- Políticas de humanização incluindo professores e estudantes
- Articulação multiprofissional e transdisciplinar com mecanismos de continuidade e integralidade da atenção
- Participação no VER-SUS/Brasil.

1.3.4 As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)

Por todas as propostas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deliberadas pela Portaria GM/MS Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004⁽⁹¹⁾ e o grande distanciamento entre o que era oferecido pelos serviços e a perspectiva da atenção integral, humanizada e de qualidade⁽¹⁴⁸⁾ (e como já foi dito antes, a interinstitucionalidade e a multiplicidade de atores sociais com interesses próprios envolvidos neste processo, que se constituía paradoxalmente como participação ampla e democrática mas também como agentes de disputas e contradições políticas dentro do próprio Sistema, e o enfrentá-los e resolvê-los dependia diretamente do protagonismo dos múltiplos atores que o compunha, os quais, muitas vezes não eram suficientemente informados, formados e preparados⁽¹⁴⁸⁻¹⁴⁹⁾⁾, propôs que havia:

“necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação de dobra: educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação dos termos. Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência

do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado(...)(p.172)”.

Não se podia dizer que novos cursos somente e conseqüente avanço na formação dos trabalhadores, promoveriam, a superação dos nós-críticos do Sistema; entretanto o SUS como uma construção longe de concluída, com resignificações e avaliações constantes vivia periodicamente seu aprimoramento e melhoria, lapidando-se seu alicerce fundamentado na Reforma Sanitária Brasileira.

No que se referia à Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), instituída, como já sabido pela Portaria GM/MS Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004⁽⁹¹⁾, a mesma, sob a ótica atualizadora, foi alterada pela Portaria GM/MS Nº 1.996 de 20 de agosto de 2007⁽¹³³⁾.

A justificativa da mudança teve como ponto de partida a “Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”⁽¹⁵⁰⁾, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e pelo Pacto pela Saúde 2006 aprovados pela Portaria GM/MS Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006⁽¹⁵¹⁾ que aprovou as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, e a Portaria GM/MS Nº 699 de 30 de março de 2006⁽¹⁵²⁾ que regulamentou os Pactos pela Vida e de Gestão.

.A Portaria Nº 399/MS de 2006⁽¹⁵¹⁾, tendo sido aprovada pela CIT em 26 de janeiro de 2006 e pelo CNS no dia 09 de fevereiro de 2006⁽¹⁵³⁾, aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde e com isso, a consolidação do SUS, com seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa da Vida e Pacto de Gestão (Art. 2º)⁽¹⁵¹⁾.

No sentido da superação das dificuldades encontradas e apontadas, ficou estabelecida na Portaria, a revisão anual do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios doutrinários e organizativos do SUS e nas necessidades locais da população através da definição de prioridades integradas naqueles três componentes do Pacto citados acima.

O Pacto pela Vida resultou⁽¹⁵¹⁾, da análise da situação de saúde da população brasileira e, por conseguinte, teve como prioridades, políticas e ações na Saúde do Idoso, no câncer de colo de útero e de mama, na mortalidade infantil e materna, nas doenças emergentes e endêmicas com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, na promoção da saúde (hábitos saudáveis, atividade física, boa alimentação e anti-tabagismo) e completando o elenco de prioridades, a atenção básica à saúde (estratégia de saúde da família).

O Pacto em Defesa da Vida⁽¹⁵¹⁾, envolveu ações articuladas nas três esferas de governo, visando a legitimação dos princípios dessa política pública, em conformidade com a Constituição Cidadã, e teve como prioridades a implementação de um projeto permanente de mobilização social visando mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema universal, a regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde e a aprovação do orçamento do SUS.

E, o Pacto de Gestão do SUS⁽¹⁵¹⁾, envolveu a definição mais clara das competências nas três esferas de governo, visando o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. O Pacto reforçou a natureza continental do país e, portanto, com diversidades e singularidades regionais com conseqüentes diferenças e iniquidades regionais. O Pacto fortaleceu e consolidou os três princípios organizativos do SUS a partir dos argumentos acima citados. Ficaram

estabelecidas como prioridades do Pacto de Gestão a definição da responsabilidade sanitária de cada nível de governo, o estabelecimento de diretrizes para a gestão do SUS enfatizando a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e controle social, o planejamento e a **Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**.

As diretrizes para a **Gestão do Trabalho**⁽¹⁵¹⁾ envolveram a criação de planos de cargos e carreira do SUS, promoção de relações legais de trabalho e a proteção aos direitos do trabalhador, adoção de vínculos de trabalho que assegurassem legalmente os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, criação de Mesas de Negociação entre gestores e trabalhadores e o fortalecimento das estruturas de recursos humanos com humanização das relações de trabalho, suprimento e reposição do seu quadro.

Segundo item 9.1 da Portaria 399 GM/MS DE 2006⁽¹⁵¹⁾ as diretrizes para a **Educação na Saúde** foram:

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;
- Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;
- Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

- Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;
- Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;
- Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;
- Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

E quanto às responsabilidades na **Educação na Saúde**, a Portaria⁽¹⁵¹⁾ deliberava para estados e municípios:

Todo município deve⁽¹⁵¹⁾:

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

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;

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;

Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

Todo Estado deve⁽¹⁵¹⁾:

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

Estas diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 699 de 30 de março de 2006 ⁽¹⁵¹⁾, em decorrência do fato de que as mesmas alteraram várias dimensões do funcionamento do SUS impondo normatizações específicas pactuadas para sua regulamentação, especialmente nos Termos de Cooperação, de Limite Financeiro, de Compromisso entre as três esferas de governo, além da monitoração do Pacto e ações de apoio, regras e fluxo dos recursos.

Alinhando a PNEP às diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, observava-se o reforço dos princípios organizativos do SUS da descentralização e regionalização, com a publicação da Portaria N. 1.996 de 20 de agosto de 2007⁽¹³³⁾, conforme será descrito à frente.

É importante destacar que neste ano de 2007 aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em Brasília, fato este considerado na elaboração desta Portaria, além das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico, estabelecidas pelo

Ministério da Educação conforme Parecer Nº 16/1999⁽¹⁰¹⁾, Resolução Nº 04/1999⁽¹⁵⁴⁾ e Decreto Nº 5.154/2004⁽¹⁵⁵⁾, para a definição das novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em acordo com as diretrizes e regulamento do Pacto pela Saúde 2006⁽¹⁵¹⁾, baseando-se nas especificidades e desigualdades regionais.

A Portaria propôs fundamentalmente a condução regional da PNEPS por meio de Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (Art. 2º)⁽¹⁵²⁾.

Os Colegiados de Gestão Regional, após disputas e embates políticos, extinguiram os Polos de Educação Permanente em Saúde e passaram a elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde que devia ser coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da localidade, no que tangia à educação em saúde (inciso 2, Art. 2º)⁽¹⁵²⁾. O Colegiado de Gestão Regional passou a adequar a execução da PNEP à regulamentação (Portaria 399/Gm 2006)⁽¹⁵¹⁾ conforme os Termos assinados pelas três esferas de governo, ou seja, de Cooperação, Financiamento e Compromisso.

Foram definidas as atribuições do Colegiado de Gestão Regional (Art. Nº 4)⁽¹⁵¹⁾.

- Construção coletiva do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde em consonância com as diretrizes nacional, estaduais e municipais;
- Submissão do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à CIB;
- Gestão dos recursos financeiros no âmbito regional;

- Incentivo e promoção da participação interinstitucional de todos os segmentos de atores sociais envolvidos no território;
- Acompanhamento, monitoração e avaliação das ações de educação em saúde na localidade;
- Avaliação periódica da composição, dimensão e trabalho das CIES e alterá-la se necessário.

Estas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) ficaram assim compostas (Art. 5º) ⁽¹⁵¹⁾:

- Gestores de saúde municipais, estaduais e do distrito federal e;
- Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
- Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
- Instituições de ensino com cursos na área de saúde;
- Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS do território de abrangência.

O Art. 6º da Portaria definia as atribuições das CIES, a saber:

- Cooperação técnica aos Colegiados de Gestão Regional na formulação, condução e desenvolvimento dos Planos Regionais de Educação Permanente do território;
- Articulação das diversas instituições envolvidas na elaboração de projetos de intervenção na formação e desenvolvimento dos trabalhadores, respeitando as diretrizes nacionais, estaduais e municipais para a educação em saúde e o Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde;

- Incentivo à adesão das instituições formadoras de trabalhadores de saúde aos princípios da Educação Permanente em Saúde;
- Participação no monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente em Saúde no território;
- Cooperação com o cumprimento das responsabilidades assumidas nos Termos de Compromisso pelos gestores da região;

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço também foram contempladas com uma secretaria executiva⁽¹⁵²⁾ para o encaminhamento das suas questões administrativas.

Com relação à CIB⁽¹⁵¹⁾, ficaram estabelecidas suas atribuições:

- Elaboração e pactuação do Plano Estadual de Educação Permanente em saúde;
- Definição do número e abrangência das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço;
- Homologação dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;
- Avaliação dos Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais;
- Avaliação periódica da composição, dimensão e trabalho das Comissões Permanentes Integradas Ensino-Serviço e alterá-la se necessário.

Ao Conselho Estadual de Saúde coube⁽¹⁵¹⁾:

- Definição das diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em saúde;

- Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde estadual e do distrito federal;
- Acompanhamento e avaliação da execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

E quanto ao financiamento, os recursos passaram a ser transferidos fundo a fundo em consonância com a Portaria GM/MS Nº 699 de 2006⁽¹⁵²⁾, e os critérios para alocação federal encontram-se nas tabelas 5 e 6, em anexo.

Esta nova Portaria⁽¹⁵²⁾ trouxe como destaques, cinco aspectos de relevância ao amadurecimento da Educação Permanente em Saúde para o SUS, a saber: a) a validação do papel da Educação Permanente em Saúde como elemento de base para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações voltadas à educação na saúde; b) a priorização dos problemas cotidianos relativos às necessidades em saúde da população local e da organização do trabalho como critérios maiores para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, em lugar das necessidades técnico-individuais de atualização e capacidade de oferta institucional; c) a educação na saúde assume o papel de diretriz do Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde 2006 e consequentemente inserindo a responsabilidade destas ações no dever da gestão do SUS relativa às mudanças esperadas tanto na formação quanto na observância aos princípios doutrinários e organizativos do SUS; d) consolidação do status tecnopolítico da educação em saúde, uma vez sua dimensão ser muito maior que os limites de atualização técnica, mas envolver transformações programáticas, organizacionais, relacionais, intra e interinstitucionais dentre outras; e) o repasse federal dos recursos financeiros passa a ser direto, fundo a

fundo, de forma regular, automática e agilizada, permitindo planejamento e execução de ações de curto, médio e longo prazo.

O Brasil, pela sua diversidade sócio-econômico-cultural, e o SUS pela multiplicidade de segmentos e atores/autores envolvidos e propostos, suscitou crescente sensibilização, incorporação, articulação e integração da aprendizagem significativa onde o aprender e o ensinar estivessem presentes rotineiramente nos serviços de saúde e unidades formadoras a partir das reais necessidades em saúde como forma motriz, conforme Mehry:

“pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas que tem implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe”.⁽¹⁴⁹⁾

Em 2009, a Portaria GM/MS Nº 2.953, de 25 de novembro⁽¹⁵⁶⁾, em sequência à Portaria 2.183 de 20 de novembro de 2008⁽¹⁵⁷⁾ define o aumento dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no valor de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões de reais) conforme os critérios de alocação presentes na Portaria, como forma de apoio ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, pactuado nas CIB, conforme as diretrizes de 2007⁽¹⁵⁸⁾.

Neste mesmo ano de 2009, o DEGES definiu como tripé dos Planos Estaduais de Saúde, a regionalização, a criação de espaços de articulação e a observância dos princípios da educação permanente em saúde para o SUS⁽¹⁵⁹⁾, como instrumento de fortalecimento e continuidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Visando o acompanhamento, monitoração e

avaliação no âmbito estadual, o DEGES elaborou naquele ano, a pesquisa “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e o “Plano de Monitoramento” que seguiam as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006⁽¹⁵¹⁾.

O quadro 5 mostra os valores para 2010 definidos pela Portaria GM/MS Nº 2.953, de 25 de novembro de 2009⁽¹⁵⁶⁾, por unidade de federação, no total dos R\$ 85 milhões já citados, a serem repassados em parcela única aos estados e municípios.

No Estado de São Paulo as CIES prosseguiram com a mesma composição dos extintos Polos de Educação Permanente em Saúde⁽¹⁵⁸⁾ e as mesmas estão descritas nos Quadros 6 e 7 e no Gráfico 3 (ver em anexos).

2. JUSTIFICATIVA

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a trajetória das Políticas de Saúde do país tendeu para, a intersectorialidade e transdisciplinaridade, especialmente no campo da Saúde do Trabalhador (ST), o qual apresenta interfaces múltiplas como com o Trabalho e Renda, Seguridade Social, Economia, Educação, Justiça, Cultura, Ambiente, Transportes, Habitação, dentre outros setores da integração nacional; e no campo da Educação em Saúde, diante das constantes mudanças nos perfis sociais, humanos, culturais, econômicos, políticos e epidemiológicos que o país e o universo vem vivendo a passos rápidos nos últimos anos.

Estes performances multifacetários da ST e da Educação em Saúde em seus movimentos polares, justificam o presente estudo, pela ocorrência de práticas conflitantes e dicotômicas que podem eventualmente convergir e se influenciar reciprocamente na simultaneidade do promover saúde educando e educar promovendo saúde.

A existência de disputas de interesses entre os diversos atores sociais envolvidos na sociedade e no sistema de saúde brasileiro justificam o presente trabalho através da demonstração de que a integração de Programas de Saúde em movimentos recíprocos no SUS, se constitua em verdadeira estratégia de alcance da integralidade e qualidade de vida em saúde.

A experiência do Núcleo de ST do Polo Leste Paulista de Educação permanente em Saúde justifica a análise do período e território estudados, a qual permitirá identificar, através de estudos histórico-documentais, mecanismos legítimos de ações de educação em saúde do trabalhador voltadas para a promoção, prevenção, mas também para a assistência e reabilitação, com a ampla participação de todos os atores sociais envolvidos na macrorregião Leste

constituída pelas Regionais de Saúde de Campinas, de Piracicaba e de São João da Boa Vista.

Ao final, demonstra-se uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) em ST que foi desenvolvida na Região no período analisado, mesmo que apontando para a possibilidade de toda política de Saúde apresentar ambigüidade de fraquezas e fortalezas. A sucessão e coincidência temporal foi considerado como uma evidência favorável à ideia de que movimentos recíprocos de ações de EPS e de ST pode ser traduzida em benefício das diretrizes e princípios doutrinários do Programa do Sistema Único de Saúde no Brasil; especialmente a integralidade; mesmo com as fragilidades da organização do estado.

Ainda com relação ao presente estudo, o mesmo também se justifica como instrumento de resgate e manutenção de experiências integradas e integradoras do Sistema Único de Único, buscando-se a observância dos Direitos do Cidadão garantidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988, no território e período analisados.

3. HIPÓTESES

- **CONCEITO**

A integração dos Programas de Saúde, especialmente através de movimentos recíprocos, como da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Saúde do Trabalhador (ST) melhora as práticas cotidianas na Rede de serviços, de ensino, bem como o Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo a promoção dos seus princípios doutrinários constitucionais, especialmente a integralidade da atenção.

- **OPERAÇÃO**

A integração dessas ações pressupõe que a sua evolução para políticas nacionais é um reflexo da combinação das políticas locais em três níveis: na rede de Atenção Primária à Saúde – APS; na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST; e nas políticas quadripartites de negociação e monitoramento que combinam representantes do estado, dos trabalhadores, das empresas e do segmento formador – destacando os membros do sistema de participação democrática direta do Controle Social da População – Conselhos Municipais de Saúde, Educação e outros; distribuídos nas quatro representações acima, reforçando as diretrizes do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, tendo a EPS como um agente paradigmático no processo ensino-serviço.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar e relatar uma política de integração da Saúde do Trabalhador (ST) com a Educação Permanente em Saúde (EPS) no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) sob a ótica da Saúde Coletiva no território do Polo Leste Paulista, para o período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como evoluíram as políticas de ST e de EPS quando predominaram em movimentos isolados ou polares;
- Descrever como evoluíram as políticas de ST e EPS quando atuaram de maneira conjunta ou harmônica em movimentos de influência recíproca.

5. METODOLOGIA

O método utilizado foi qualitativo. Segundo Minayo⁽¹⁶⁰⁾ a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado e Patton preconiza que a principal característica das pesquisas qualitativas⁽¹⁶¹⁾ é o fato de que estas seguem a tradição “compreensiva” ou “interpretativa”. Os principais modelos de análise são agrupados como classificatório, que busca a organização, ordenação e/ou separação de fatos; descritivo que busca a frequência de ocorrência de fenômeno(s); interpretativo, que busca o significado das realidades; compreensivo, que busca localizar-se dentro de um contexto – entretanto é sabido que estes diversos modelos analíticos comportam-se como um somatório que resulta na pesquisa qualitativa. Como os dados a serem relatados já existiam antes desta investigação, foram reunidos com base na recolha de informações documentais, conferindo então o caráter histórico-documental à pesquisa na qual tem este banco de dados descrito; relatando inclusive as experiências e vivências do pesquisador no período de tempo em estudo, de janeiro de 2003 a dezembro de 2008.

Iniciou-se com o levantamento da série histórica dos fatos e leis precursoras das políticas de Saúde Pública no Brasil até a constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde – O SUS - vigente no país. Em decorrência da instituição do SUS, a Saúde do Trabalhador e a Educação em Saúde surgiram como Programas de relevância pública para o país com alicerce jurídico-legal, já documentado.

Colhemos informações sobre o período de janeiro do ano de 2003 a dezembro de 2008 por meio da observação participante registrada em anotações pessoais do autor bem como fizemos a recuperação de informação oral de

implicados no processo. Descreveremos desde o nível primário da atenção até o terciário da Rede especializada, as ações e contribuições do Núcleo de Saúde do Trabalhador da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CIES; o ex Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista para o SUS sob a ótica do Programa proposto para a Saúde do Trabalhador na Região do Polo, especialmente de Piracicaba.

Buscamos como resultado a identificação e descrição da inserção e integração da Educação Permanente nas práticas cotidianas da Saúde do Trabalhador no SUS da Região do Polo Leste Paulista de Educação em Saúde, especialmente no território que era abrangido na época pela Diretoria da região administrativa estadual de saúde - DIR XV, e depois DRS X.

6. RESULTADOS

Partimos da premissa que o SUS é ainda um sistema “adolescente” no país e que, dentro dele, alguns Programas desenvolveram-se e/ou desenvolvem-se com maior ou menor velocidade, conforme as prioridades temporais, espaciais, situacionais e principalmente sociais. Por se tratar de uma área relativamente nova no sistema de saúde brasileiro que tradicionalmente era hospitalocêntrico e assistencialista, a Saúde do Trabalhador ficou, ao longo dos anos, quase que totalmente restrita aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs que existiam em poucos municípios como Campinas e São Paulo.

É importante esclarecer que até então apenas o Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador era chamado de CEREST. Os centros municipais recebiam a designação de CRST, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, criados a partir dos antigos Programas de Saúde do Trabalhador – PST que funcionaram a partir dos anos 1980, inicialmente sem sede própria, ou abrigados em Centros de Saúde e Policlínicas municipais e estaduais.

Em 2003 foi criada a RENAST – Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador. Com essa nova formulação de rede nacional, dois antigos CRSTs – que eram os Centros de Referência Municipal de Saúde do Trabalhador, localizados em Piracicaba e Rio Claro foram transformados em Centros Regionais de Saúde do Trabalhador e passaram a atender vários municípios conglomerados ou por vizinhança ou por semelhanças regionais. Assim os antigos CRSTs foram transformados em CERESTs e se tornaram centros polarizadores e multiplicadores da EPS em Saúde do Trabalhador para os 28 municípios da Região. O mesmo ocorreu com os CRSTs de Campinas, Amparo, Indaiatuba, Jundiaí e São João da Boa Vista; completando assim o território do Pólo Leste Paulista de EPS.

Estes CERESTs passaram a ter abrangência regional e assumiram como uma de suas principais atribuições, a execução de ações de capacitação e educação permanente a fim de promover a incorporação da Saúde do Trabalhador em todos os níveis do SUS, ou seja, promover a Saúde do Trabalhador pela Educação Permanente, mas também e ainda, promover a **Educação Permanente (EPS) no campo da Saúde do Trabalhador (ST)**. Era atribuição dos CERESTs oferecer capacitação técnica em Saúde do Trabalhador para os trabalhadores da Rede Básica dos seus municípios de abrangência, educação em saúde para sua população usuária referenciada pela APS e pactuar a educação com os gestores locais.

Ambos os programas de Saúde, ST e EPS, avançaram substancialmente no período, pois que ambos evoluíram suas políticas e diretrizes alicerçadas na participação multifacetária ou interfacetária da sociedade. As composições colegiadas das rodas de Educação Permanente em Saúde e das equipes de Saúde do Trabalhador foram alavancadas pela instituição do campo da Saúde Coletiva precursora do SUS. A Saúde Coletiva se opunha aos modelos tradicionais médico-centrados para o alcance da exclusiva ausência de doenças através de tecnologias duras, que não levam em consideração o componente psicossocial como fator determinante das doenças. Os fundamentos da Saúde Coletiva são frutos de intensa movimentação intelectual sanitaria e foram a base para os princípios doutrinários do SUS, como a integralidade, objeto maior da EPS; e também os princípios organizativos, como a participação popular, em especial as representações sindicais e comunitárias, atores sociais importantes para a caracterização dos ambientes e condições de trabalho, seus riscos e sua prevenção.

A Região do Leste Paulista, contava com universidades reconhecidas nacionalmente e era sede de sete CERESTs bastante atuantes. Isto propiciou um contexto bastante favorável à proposta de integração entre os Serviços de Saúde e os órgãos formadores para desenvolver projetos de Educação Permanente e, dessa forma, logo que foi criado o Polo de Educação Permanente do Leste Paulista, organizou-se um Núcleo de Saúde do Trabalhador⁽¹⁶²⁾ vinculado ao Polo.

A abrangência do Polo Leste Paulista constituía-se numa região de forte expressão econômica no Estado de São Paulo e, com isso geradora de capital e de emprego.

Naquela ocasião emergiu e predominou na sociedade brasileira a tendência globalizada do neoliberalismo privatista. Diversas forças e correntes pragmáticas buscavam participar das ações e iniciativas que pudessem interferir no processo de trabalho e na obtenção do lucro. A produção era considerada como protagonista e meta das suas atividades.

A proposta estratégica da EPS mudou a prioridade do trabalho, tinha o trabalhador como sujeito, e busca a integralidade do coletivo populacional ao invés de atender interesses individuais. Isso ocasionou fortes disputas entre as correntes clássicas da Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO) com a Saúde do Trabalhador (ST).

Os grupos vinculados à MT e à SO concebiam as doenças como causadas por agentes nocivos específicos, e por isso, preocupavam-se exclusivamente em diagnosticá-las e tratá-las individualmente para o imediato retorno ao trabalho, mantendo a produção e, por conseguinte o lucro. Essa orientação confrontava em absoluto choque político-ideológico, com as equipes de ST que acreditavam nos

determinantes histórico-sociais na gênese das doenças e com isso, compreendiam a necessidade da promoção em saúde pela atenção coletiva capaz de interferir nos agentes sócio-etiológicos.

As diretrizes da EPS baseadas em rodas de educação e, em gestão colegiada, fortaleciam o caráter coletivo e a participação do controle social nas políticas da integralidade na saúde. Esta integralidade só era compatível com o trabalhador como protagonista do processo de trabalho, fato este que incompatibilizava com as correntes ocupacionais tradicionais da (MT e SO) e convergia para atuar de forma recíproca com a proposta da Saúde do Trabalhador (ST).

Depois de muitas lutas e embates políticos, o Núcleo conseguiu constituir-se pela integração da ST com a EPS buscando incluir os trabalhadores nas políticas de saúde e garantir seus direitos para reduzir iniquidades, exclusão e falta de acesso à prevenção e assistência às doenças e agravos à saúde ocasionados pelo trabalho.

Assim sendo, o Núcleo de ST(162) foi composto por acadêmicos e por gestores representantes de sete CERESTs regionais (Campinas, Piracicaba, Rio Claro, São João da Boa Vista, Indaiatuba, Jundiaí e Amparo) de três Departamentos Regionais de Saúde do Estado (Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista), responsáveis pelo território de abrangência destes CERESTs (incluindo-se aí os correlatos Grupos Regionais de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica); do PST do município de Santa Maria da Serra que faz parte da abrangência do CEREST de Piracicaba e que tinha o pesquisador como Coordenador do Programa Municipal de Saúde do Trabalhador, além da UNICAMP como unidade catalisadora.

As oficinas de pactuação e gestão da educação permanente eram promovidas pelo Núcleo e contavam com representação dos trabalhadores, de conselheiros municipais de saúde e de empresários, caracterizando oficinas Quadripartites (gestores/ prestadores/ formadores, conselheiros, trabalhadores e empresários).

O Núcleo de ST teve como atribuição elaborar propostas de formação técnica em ST para toda a região e acompanhar sua execução⁽¹⁶²⁾.

Na perspectiva da formação continuada, o Núcleo obteve grandes resultados, mas também na aprendizagem significativa em que as rodas de reflexão dos problemas ou nós-críticos do processo saúde-trabalho-doença, proporcionou um grande espaço de voz e escuta aos diversos atores interinstitucionais da região. Oficinas de análise e crítica eram voltadas às condições de vida e trabalho na região, e também de sua sustentabilidade, bem como eram de reflexão e auto-avaliação do conhecimento e preparo dos trabalhadores de saúde.

Foi muito grande o empenho e dedicação do Núcleo que, reunindo-se mensalmente no CEREST de Campinas, elaborava e desenvolvia ações de EPS/ST para os 88 municípios do território de sua abrangência.

6.1 INTEGRANDO A SAÚDE DO TRABALHADOR E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO POLO LESTE PAULISTA

Entre as diversas ações do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente destacou-se o convênio 3615 firmado entre a UNESCO, a Faculdade de Ciências Médicas, FCM, da UNICAMP e o Polo – 05 de

Educação Permanente do Leste Paulista⁽¹⁶²⁾ as quais foram configuradas em quatro áreas conformando um conjunto integrado de atividades visando atingir os diferentes segmentos de trabalhadores de saúde envolvidos nesse tipo de atenção, bem como os principais representantes do controle social do setor.

Foi graças às rodas de educação por aprendizagem significativa, com natureza crítico-reflexiva e com oportunidade de comunicação e expressão dos atores sociais envolvidos da região; que o Núcleo definiu os focos de ações a serem trabalhados pela verba do convênio com a UNESCO e UNICAMP⁽¹⁶²⁾. O maior exemplo foi a temática da Toxicologia e Toxicoclínica em que graças à escuta aos profissionais atuantes neste campo, concluiu-se por atender suas solicitações e necessidades de capacitação, atualização e exercício qualificando a formação dos trabalhadores em prol da integralidade.

Conforme citado acima, inicialmente foram instituídos quatro grandes grupos de ações para desenvolvimento e promoção pela Educação Permanente do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista, a saber:

- Ação 1 – Atualização em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental⁽¹⁶²⁾. Esta ação teve duplo objetivo: buscar a reflexão de forma integrada das questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador; mas também e principalmente, conscientizar os profissionais de saúde que atuavam na atenção primária no sentido de fazer existirem estas questões na sua abordagem e exercício do trabalho.
- Ação 2 - Atualização em Vigilância em Saúde do Trabalhador⁽¹⁶²⁾. Seu objetivo voltava-se aos profissionais que, no exercício da Vigilância em Saúde, necessitavam do olhar para a saúde tendo o trabalho como fator ergonômico de qualidade e bem estar, além da promoção e

divulgação da legislação em questão.

- Ação 3 – Toxicologia em Saúde do Trabalhador⁽¹⁶²⁾.

O principal objetivo foi capacitar os profissionais da região para as situações advindas das questões voltadas à sustentabilidade do planeta, um tema global; e, portanto e especificamente da região, pela ocorrência de áreas ambientais contaminadas pela atividade industrial em diversos municípios da abrangência do Polo Leste Paulista que estavam sendo descobertas naquele período.

- Ação 4 – Oficinas de Saúde do Trabalhador e Saúde Pública⁽¹⁶²⁾.

O papel fundamental e relevante da participação popular como controle social, ou melhor, a presença da população brasileira na formulação, execução e acompanhamento das ações de saúde do país, previsto pela “Constituição Cidadã” de 1988 traduziu-se neste módulo de preparo e capacitação dos representantes sindicais e de associações de trabalhadores que geralmente estavam engajados nesta área e também dos representantes dos conselhos de saúde dos vários níveis (locais, regionais e municipais).

Estas ações do convênio foram desenvolvidas na abrangência do Polo Leste Paulista de Educação Permanente levando em consideração as singularidades e necessidades de cada uma das suas três regiões.

As ações 2 e 3 foram desenvolvidas de maneira universal na localidade, pois que as três regiões – Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista; as três DRSs integrantes do Polo Leste Paulista - de uma maneira geral, apresentavam as mesmas necessidades quanto aos aspectos de vigilância e toxicologia. Este fato era explicado por serem duas áreas de bases fundamentalmente técnicas, ou

seja, quer na vigilância em que as leis e condutas sanitárias são as mesmas para todo território; quer na toxicologia em que os princípios teóricos de diagnóstico e conduta também são os mesmos; foi viável e produtivo reunir os profissionais das três regiões numa sucessão única de eventos.

A ação 1, buscou interagir com os profissionais da atenção primária em saúde de cada município de cada região e foi desenvolvida pelas equipes de cada uma das três Regionais de Saúde, levando em consideração as peculiaridades de cada uma. Assim sendo os 42 municípios da abrangência de Campinas, com suas características próprias, tanto econômicas como ambientais, suscitava reflexões e capacitações diferentes dos 28 municípios de Piracicaba e dos 20 de São João da Boa Vista.

A ação 4, por traduzir-se em rodas de reflexão crítica de caráter interinstitucional e universal, com participação da sociedade de forma colegiada em que todos atores tinham escuta e fala; foi desenvolvida por abrangência de cada CEREST dos sete da área do Polo Leste Paulista. Como garantia de que todos os participantes fossem sujeitos da ação, era importante que os grupos fossem menores permitindo a expressão individual de cada um (a), mais uma razão de ter sido executada por microrregião.

Quanto às ações 1 e 4 que ocorreram de forma regionalizada, será descrito como exemplo, suas execuções na Região de Piracicaba, pelo fato do autor desta pesquisa pertencer a esta abrangência:

O território de Piracicaba compreende os municípios da DRS X – Piracicaba, que são em número de 26 constituindo a abrangência de dois CERESTs: CEREST Rio Claro: 13 municípios sendo 06 da microrregião Rio Claro (Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes), 05

municípios da microrregião Araras (Araras, Conchal, Leme, Pirassununga e Santa Cruz da Conceição) e 02 da microrregião de Limeira (Cordeirópolis e Limeira); e CEREST Piracicaba: com 14 municípios sendo 03 da microrregião Limeira (Engenheiro Coelho, Iracemápolis e Limeira) e 11 da microrregião Piracicaba (Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra e São Pedro). É importante esclarecer que o município de Limeira faz parte da abrangência de ambos CERESTs, ficando com Piracicaba as ações de Vigilância e para Rio Claro, as ações de assistência.

Com relação à ação 1 – Atualização em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental – Realizou-se um curso no ano de 2008, sob a Coordenação Geral do autor desta dissertação a apresentou duas monitoras; uma representante de cada um dos CERESTs envolvidos.

O Curso teve como público-alvo, profissionais de nível universitário que atuavam na Rede Básica de Saúde do SUS que atendiam diretamente o(a) usuário do sistema, destacando que o profissional não podia ser das Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica mas sim da assistência do município pois, para aqueles era oferecido curso específico de VISAT.

O curso teve duração de 64 (sessenta e quatro) horas, acontecendo 04 momentos no CEREST de Piracicaba e 04 no CEREST de Rio Claro. Foram oferecidas 30 vagas distribuídas da seguinte forma: 01 vaga para cada um dos 26 municípios do território da DRS – X Piracicaba, sendo que os municípios-sede de CEREST - Piracicaba e Rio Claro, 03 vagas cada.

O objetivo geral era tornar a atenção à ST uma realidade no nível primário da atenção à saúde, de maneira que a porta de entrada no sistema se

consolidasse na rede básica, ou seja, na atenção primária à saúde do SUS. Especificamente buscou: a) oferecer subsídios que permitissem o entendimento e o manejo das questões relacionadas à ST; b) discutir os conceitos relacionados ao processo saúde-trabalho-doença de forma que favorecesse a capacidade de aprendizado e geração de conhecimento; c) capacitar os profissionais da APS com o conhecimento e o despertar da consciência profissional no sentido do papel do trabalho como possível agente etiológico, ou seja, agente causal das queixas, problemas e agravos da população e d) contando com um profissional de cada município do território; que este no mínimo, se tornasse multiplicador do conteúdo deste curso para os demais profissionais da rede do seu município através das diretrizes da educação permanente em saúde.

O curso então se propôs a sensibilizar e chamar a atenção para o aspecto da saúde do trabalhador dentro da rede básica de saúde. Seu objeto de preocupação era a forma como o trabalho podia interferir na saúde, transformando indivíduos saudáveis em pessoas doentes. Como em outras áreas da saúde, na saúde do trabalhador as mudanças ocorridas no perfil de morbi-mortalidade ao longo dos anos, justificavam a atualização dos profissionais da rede – o progressivo aumento das notificações de doenças decorrentes da organização do trabalho, como as LER/DORT e o estresse, mas também as doenças compreendidas como ocupacionais como a silicose, intoxicações crônicas e as doenças não ocupacionais como a exposição a ruído (PAIR), poeira e regime de pressão por produtividade e competitividade. Além disso, a elevada ocorrência de acidente de trabalho na região (assim como em todo Brasil) constituindo-se em grave problema de saúde pública que produziam (e produzem) elevado número de mortes e mutilações; e a natureza informal do trabalho da grande maioria da população da região – cerca de metade da população trabalhadora – também

justificaram o curso a fim de que o profissional da rede básica de saúde despertasse um olhar plenamente capacitado para compreender os riscos de saúde para todos os trabalhadores, independentemente do vínculo empregatício.

O curso teve como metodologia as aulas teóricas ministradas por especialistas de cada tema elencado, visando despertar no (a) aluno (a) o interesse pelos aspectos práticos com base na aprendizagem significativa da educação permanente em seus ambientes de trabalho com consequente elaboração individual de um trabalho de campo. Este trabalho de campo consistiu na elaboração de um mapa de riscos existentes no território de abrangência da unidade ou serviço de saúde do município do aluno (a), com a seleção de um caso de doença relacionada ao trabalho para estudo, incluindo uma ou mais visitas ao local de trabalho para a identificação dos riscos para a saúde dos(as) trabalhadores(as). Isto só era possível pelas relações diretas entre os diversos atores sociais do ambiente de trabalho escolhido, o que, portanto, obrigava o aluno (a) a compartilhar o conteúdo do curso com colegas de trabalho.

O corpo docente era composto por equipe multiprofissional e transdisciplinar, com profissionais concentrados na Saúde do Trabalhador – profissionais especialistas dos CERESTs, como médico (a) do trabalho, engenheiro de segurança e psicóloga ergonomista, até médico do trabalho como o pesquisador desta dissertação e professores (as) da UNICAMP voltados para a ST. O corpo docente compôs-se de médicos (as), cirurgiões-dentista, assistentes sociais, psicólogos (as) entre outros profissionais de nível superior da rede básica do território.

Os temas foram definidos levando em consideração as características econômico-ambientais da DIR – XV Piracicaba (CERESTs Piracicaba e Rio Claro).

Envolveram desde o conceito de saúde/trabalho/doença e as diferenças entre os conceitos de MT, SO e ST, os riscos de acidentes de trabalho, os riscos relacionados à organização do trabalho (ergonomia), as LER/DORT, as dermatoses ocupacionais, as doenças decorrentes à exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, as intoxicações agudas e crônicas, agravos relacionados à saúde mental até as bases legais da ST (SUS/RENASST/GRIAR) e os Direitos Previdenciários (Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT) e a relação com a Previdência Social e a perícia do INSS – Instituto Nacional do Seguro Social. Ao final, foram realizadas três oficinas, iniciadas com as apresentações individuais dos trabalhos de campo com os relatos das experiências de intersubjetividade e aprendizagem significativa vivenciadas nos ambientes escolhidos e com as reflexões coletivas do grupo docente e discente presentes acerca da EPS; da Rede de Ações e Serviços do SUS e das relações entre os diversos segmentos sociais do Sistema.

A atividade foi muito bem aceita pelo grupo com a propagação da ST pelos municípios do território através da Educação Permanente. A atividade foi considerada ótima por 40% (quarenta por cento) e bom por 59 % (cinquenta e nove por cento) na opinião dos participantes. Todos conheciam muito pouco sobre o tema e compreenderam a necessidade de implantação do Programa de Saúde do Trabalhador nos seus municípios e a ausência do tema na graduação que, na visão deles(as) não atendia satisfatoriamente as necessidades do território, consolidando o papel da EPS como agente do conhecimento e vivência em Saúde.

A ação 1 nas demais regiões, foi desenvolvida com turmas em Amparo, para os municípios da abrangência dos CERESTs de Amparo e São João da Boa

Vista; em Campinas; Indaiatuba e Jundiaí, todas com os mesmos objetivos porém, como já foi dito, cada CEREST priorizou as características regionais na seleção e abordagem de temas.

Com relação à ação 2 – Curso de Atualização em Vigilância em ST – o curso aconteceu no ano de 2007, sob a Coordenação Geral da Coordenadora do Núcleo de ST do Polo Leste Paulista e do CEREST Campinas e apresentou dois monitores; um engenheiro e o pesquisador desta dissertação representando o território de Piracicaba..

O Curso teve como público-alvo, profissionais de nível universitário ou médio / técnico, que atuavam em VISAs – Vigilâncias Sanitárias municipais, nas Vigilância em Saúde dos municípios, nos CERESTs e nos DRS/GVSs.

O curso teve duração de 72 (setenta e duas) horas, divididas em 09 aulas de 08 horas/aula. Foram oferecidas vagas para os municípios de toda abrangência do Polo Leste Paulista de Educação Permanente, compreendendo então a abrangência dos CERESTs de Amparo, Campinas, Indaiatuba, Jundiaí, Piracicaba, Rio Claro e São João da Boa Vista, totalizando 37 (trinta e sete) nesta primeira turma sendo 22 (vinte e dois) pessoas de nível superior, 15 (quinze) de nível médio/técnico e, destes 07 (sete) ocupavam cargo de gestão e 30 faziam parte de equipe técnica de trabalho. A região do DRS X de Piracicaba participou com 07 (sete) vagas sendo 04 (quatro) na abrangência do CEREST de Piracicaba e 03 (três) na abrangência de Rio Claro.

O curso tinha como objetivo geral capacitar e sensibilizar os profissionais que atuavam em vigilância em saúde, quanto às questões de saúde do trabalhador, qualificando as ações da vigilância municipal. Especificamente buscou: a) oferecer subsídios aos profissionais quanto às legislações aplicadas às

questões de saúde do trabalhador; b) subsidiar os profissionais quanto aos procedimentos administrativos relacionados às ações de vigilância em saúde; c) subsidiar os profissionais para o planejamento nas ações de VISAT; d) Fornecer noções de Ato administrativo e Direito Administrativo; e) Refletir sobre o mundo do trabalho e a saúde do trabalhador; f) Compreender os perigos e riscos no trabalho e suas formas de prevenção.

O Núcleo de ST da EPS encarregado da capacitação se propôs então a sensibilizar e chamar a atenção para o aspecto da saúde do trabalhador dentro da vigilância sanitária, despertando nos profissionais um olhar para as condições de trabalho nas suas ações de promoção e fiscalização dos ambientes e serviços de interesse à saúde. Seu conteúdo incluiu além da legislação em saúde do trabalhador; do Ato administrativo e Direito Administrativo, do planejamento em VISAT e do mundo do trabalho e a Saúde do Trabalhador; incluiu também os determinantes e condicionantes dos riscos no trabalho com o conceito de nocividade e os conflitos relacionados à abordagem tradicional da Segurança e Higiene do Trabalho, saúde e segurança sob o ponto de vista da atividade de trabalho, a organização e carga de trabalho e sua regulação; as concepções e causas dos acidentes de trabalho sob o olhar da vigilância sanitária. Este perfil relacionado aos acidentes de trabalho incluía ainda a identificação e prevenção de acidentes de trabalho e agravos/doenças ocupacionais em máquinas e equipamentos, na construção civil, em padarias, no telemarketing, na indústria têxtil, em metalúrgicas, especialmente caldeiraria e rebarbação e as LER/DORT, telemarketing e saúde do trabalhador de saúde. A definição do conteúdo do curso baseou-se no universo de ambientes e serviços relacionados à ST predominantes na região do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde e no caso específico de Piracicaba e Região, foi incluído também o setor de fabricação de

joias e bijuterias, as indústrias de cerâmica, além do setor sucro-alcooleiro – condições de moradia, de saúde propriamente dita, de transporte e das condições de trabalho nos canaviais.

A metodologia utilizada incluiu aulas teóricas expositivas com uso de multimídias para apresentação de casos reais de VISAT ministradas por especialistas profissionais de vigilância sanitária com experiência no setor referido e atividades extra classe, para aplicação da teoria à prática sob as diretrizes da educação permanente de saúde e elaboração de relatório de vistoria em ambiente e exercício de trabalho. Ao final uma oficina permitiu as apresentações individuais dos relatórios e ampla reflexão e discussão a partir dos relatórios de vistoria de atividades de campo da vivência da prática de vigilância no campo da saúde do trabalhador. Foram distribuídos como recurso técnico amplo material didático-pedagógico como textos e CDrooms.

Este curso também foi muito bem aceito pelo grupo com a posterior inserção da Saúde do Trabalhador nas práticas de Vigilância Sanitária dos participantes e propagação para as equipes dos municípios do território através da Educação Permanente. Na avaliação do curso por parte do grupo de participantes, 100 % (cem por cento) respondeu que o curso atendeu às expectativas e que tinham conseguido ampliar sua visão nas vistorias em ambientes de trabalho, conseguindo compreender melhor a inserção do trabalhador no processo produtivo e não simplesmente a forma de produção.

Com relação à ação 3 – Curso de Toxicologia em Saúde do Trabalhador para o SUS – o curso também aconteceu no ano de 2007, sob a Coordenação Específica - de uma médica do trabalho do CEREST Campinas docente da UNICAMP e, Geral - pela Coordenadora do Núcleo de Saúde do Trabalhador do

Polo Leste Paulista e ainda apresentou um Monitor - o engenheiro de segurança do CEREST Campinas.

O Curso teve como público-alvo, profissionais de nível universitário que atuavam na área de assistência e vigilância em saúde do trabalhador no SUS, especialmente os que faziam parte das equipes dos CERESTs e também os profissionais de nível universitário que atuavam no nível primário e no secundário de saúde (atenção primária à saúde e ambulatorios de especialidades respectivamente) que estivessem envolvidos com ações de vigilância e/ou assistência em saúde, relacionadas à exposição a substâncias químicas.

O curso teve duração de 64 (sessenta e quatro) horas, divididas em 08 aulas de 08 horas/aula. Foram oferecidas 40 vagas para os municípios de toda abrangência do Pólo Leste Paulista de Educação Permanente, também compreendendo na abrangência, os municípios dos CERESTs de Amparo, Campinas, Indaiatuba, Jundiaí, Piracicaba, Rio Claro e São João da Boa Vista, em que todos (as) ocupavam cargo de gestão e/ou faziam parte de equipe técnica de trabalho. A região do DRS X de Piracicaba participou com 12 (doze) vagas sendo 06 (seis) na abrangência do CEREST de Piracicaba e 06 (seis) na abrangência de Rio Claro.

O curso tinha como objetivo geral oferecer condições técnicas aos profissionais de saúde na identificação, diagnóstico e tratamento dos agravos gerados pela exposição a substâncias químicas. Especificamente buscou: a) oferecer subsídios aos profissionais quanto ao entendimento e manejo das questões relacionadas aos riscos químicos em saúde do trabalhador e apresentar e discutir os conceitos do processo de exposição e adoecimento, de forma que favorecesse a capacidade de auto aprendizado e geração de conhecimento.

A disciplina então se propôs a sensibilizar e chamar a atenção para o aspecto da saúde do trabalhador no campo da toxicologia capacitando os profissionais que exerciam atividades de assistência e vigilância em saúde do trabalhador para identificação, diagnóstico e tratamento dos agravos gerados pela exposição a substâncias químicas, atendendo a uma necessidade da região do Leste Paulista, a qual já tinha instaladas diversas indústrias químicas com potencial risco para a saúde de seus trabalhadores. Seu conteúdo fundamentou-se em três grandes áreas: 1) elementos básicos da tecnologia industrial; 2) toxicologia ocupacional e 3) agravos decorrentes das exposições e os tipos de riscos mais comuns nos ambientes de trabalho.

O curso também teve como metodologia, aulas teóricas expositivas com uso de multimídias para apresentação de casos reais de toxicologia. O corpo docente era composto por equipe multiprofissional e transdisciplinar, com profissionais concentrados na Saúde do Trabalhador desde os profissionais especialistas dos CERESTs até professores (as) da UNICAMP voltados para a ST. Suas aulas incluíram a utilização dos produtos químicos nas diferentes atividades produtivas (extrativismo, agricultura, indústria química de base, metalúrgica, petroquímica, têxtil, dentre outras); a toxicovigilância; a epidemiologia das doenças não transmissíveis; os limites de tolerância em exposição nos ambientes de trabalho e o princípio da precaução; a informalidade e seus riscos do ponto de vista epidemiológico, a toxicologia desde a exposição e absorção até a toxicodinâmica e a toxicocinética, envolvendo poeiras, solventes, metais pesados, agrotóxicos, dentre outros; a carcinogênese e os modelos de análise de risco químico e a relação dose-resposta, assim como os biomarcadores de efeitos clínicos e neurológicos e a metodologia do monitoramento clínico, neurológico e neuropsicológico; e ainda os diagnósticos diferenciais em toxicologia.

Este curso foi considerado muito bom pela totalidade do grupo não apenas quanto ao conteúdo das aulas do método didático e corpo docente, mas, principalmente pela aplicabilidade do aprendizado, segundo os próprios alunos (as).

É importante ressaltar que todas as informações relativas aos três cursos citados acima, assim como da ação 4 a ser descrita à frente, e suas avaliações por parte dos públicos alvos, estão presentes no relatório elaborado pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde para a UNESCO e FCM/UNICAMP⁽¹⁶²⁾.

Com relação a ação 4 – Oficina de Saúde do Trabalhador e Saúde Pública.

Estas Oficinas constituíram-se em reais modelos de integração da Educação Permanente em Saúde com a Saúde do Trabalhador com base nas relações entre os diversos atores sociais envolvidos nas práticas cotidianas no Sistema Único de Saúde, pois que interagiram pela aprendizagem significativa com alteridade, gestores, trabalhadores de saúde, usuários e formadores conforme será descrito.

As Oficinas foram desenvolvidas por cada CEREST do Polo Leste Paulista, num total de sete, portanto, no mínimo, sete oficinas seriam realizadas envolvendo a abrangência territorial de cada CEREST. Em Piracicaba e Região então, aconteceram duas oficinas, uma de Rio Claro e outra de Piracicaba.

A Oficina de Rio Claro aconteceu no dia 21 de julho de 2007, totalizando 08h de duração sob a coordenação do CEREST – Rio Claro, tendo como local a própria sede deste Centro, com a participação dos 13 municípios da sua abrangência (Analândia, Araras, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Leme, Limeira, Pirassununga, Rio Claro, Santa Gertrudes e Santa Cruz

da Conceição) e foram convidados a participarem os membros dos Conselhos Municipais de Saúde de todos os municípios do território; as Diretorias dos Sindicatos de Trabalhadores da área de abrangência, membros do Conselho Gestor do CEREST – Rio Claro, membros dos Conselhos locais de Saúde do Município de Rio Claro e representantes dos Movimentos Populares. Os representantes do segmento formador estavam inseridos nas representações de alguns conselhos de saúde. Participaram 34 (trinta e quatro) pessoas assim distribuídas: 06 (seis) Conselheiros Municipais de Saúde, 05 (cinco) Conselheiros Gestores do CEREST, 06 (seis) representantes do Sindicato dos Eletricitários, 03 (três) do Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil e Cerâmicas, 04 (quatro) do Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Farmacêuticos, 02 (dois) do Sindicato dos Comerciários, 01 (hum) representante do Movimento Popular, 01 (hum) usuário 06 (seis) membros da organização da Oficina sendo 03 (três) funcionários do CEREST – Rio Claro, 02 (dois) do CEREST - Piracicaba e o autor desta dissertação que, além de fazer parte do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste, tinha concluído o Curso de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde e o Curso de Formação de Conselheiros de Saúde, ambos da ENSP/FIOCRUZ; e ainda a Coordenadora Geral da Oficina na pessoa da Gestora do CEREST – Rio Claro.

A Oficina teve como objetivo geral, desencadear uma discussão acerca do conceito de saúde na concepção do SUS, buscando ampliar a visão do grupo sobre o tema e a participação popular e o papel dos representantes dos usuários dos serviços de saúde na promoção de saúde no local de trabalho. Especificamente buscou: a) discutir e compreender o entendimento de cada participante sobre o que se conceituava por saúde, construindo em seguida um conceito coletivo grupal; b) discutir e compreender os conceitos de saúde pública,

saúde do trabalhador e saúde ambiental; c) focalizar os princípios doutrinários e organizativos do SUS no âmbito da Saúde Pública e da Saúde do Trabalhador e d) focalizar a responsabilidade dos representantes de usuários dos serviços de saúde nas ações de prevenção, especialmente na identificação dos riscos à saúde presentes na organização e no ambiente de trabalho e nas possibilidades e dificuldades na execução dessas ações no dia a dia do município e região. Para atingir estes objetivos, foram contextualizados os seguintes temas: o processo saúde-trabalho-doença; a História da Saúde no Brasil; o processo histórico de construção do SUS; a NOST; a RENAST; as atribuições legais e espaços de atuações dos Conselhos de Saúde; além da apresentação do fluxo de atendimento dos usuários do CEREST portadores de doenças ocupacionais e do atendimento ao acidentado do trabalho na Rede Municipal de Saúde de Rio Claro.

A metodologia utilizada consistiu inicialmente com a apresentação dos participantes da oficina e posterior formação de grupos para as dinâmicas da aprendizagem significativa proposta. Os grupos confeccionaram cartazes com colagens de figuras e frases recortadas de jornais e revistas populares que traduzissem o que os participantes entendiam sobre o conceito de “Saúde” e após 30 minutos, apresentação e discussão em plenária. A dinâmica teve como fechamento a conceituação de saúde através da expressão de suas práticas e atores sociais envolvidos. Em seguida, aconteceu a exposição dialogada dos temas contextualizados acima citados por parte deste pesquisador, reservando o fluxograma de atendimento à Coordenadora do CEREST- Rio Claro. Grupos foram formados, neste momento em número de 04 (quatro) para estudo e análise de casos envolvendo situações de trabalho. No 1º momento, realizavam a identificação individual dos agravos, dos seus determinantes, das ações necessárias à sua resolução e os atores envolvidos na execução destas ações, na

forma escrita e em filipetas e elaboração de cartazes de flip chart com a colagem das 04 (quatro) filipetas individuais em 04 (quatro) quadrantes (1º com determinantes, 2º com problemas; 3º com ações e 4º com atores). No 2º momento, com base nos quadrantes montados, os grupos respondiam a um questionário de 06 (seis) perguntas previamente formuladas, descritas abaixo:

- 1) Qual a relação entre o trabalho das pessoas citadas nos casos relatados e o adoecimento?
- 2) O que poderia ter sido feito para evitar o adoecimento daqueles trabalhadores (pelos próprios trabalhadores, pelas empresas, pela saúde dentre outros atores sociais)?
- 3) O que deveria ser feito depois da constatação do problema e quem deveria fazer?
- 4) Qual era o papel do SUS naquele caso?
- 5) O que cabia ao CEREST e o que cabia à APS e outras unidades do SUS?
- 6) Como o Controle Social podia ajudar na questão descrita?

As respostas destas perguntas montavam um 2º cartaz no *flip chart*. Em seguida os participantes novamente retornaram à Plenária com apresentação dos 04 grupos e exposição dos 02 cartazes por grupo e posterior análise das situações de trabalho do caso estudado, ações, avaliações, reflexões e perspectivas na ótica da Rede SUS e dos atores interdisciplinares e intersetoriais que caracterizavam a responsabilidade social envolvida. Ao final da Oficina todos os grupos mostraram a percepção do mundo do trabalho, seu contexto do seu elenco e de que as situações se repetiam independentemente dos casos tanto do ponto de vista dos determinantes; dos problemas e agravos à saúde física,

psíquica e social; das ações necessárias e dos atores sociais envolvidos na responsabilidade e controle social.

A Oficina foi auto avaliada pelos seus participantes através de questionário escrito indagando sobre os aspectos positivos, os aspectos negativos e as sugestões individuais. O principal aspecto positivo referenciado foi a metodologia com base nas diretrizes da Educação Permanente em Saúde com a oportunidade de expressão dos participantes e a troca de experiências colocando-se uns (as) no papel social dos outros (as) permitindo melhor compreensão coletiva de cada segmento social. Não citaram aspectos negativos e quanto às sugestões; a realização de novas Oficinas de Educação Permanente em ST.

Ao final a equipe de organização reuniu-se para avaliação da Oficina concordando com o grande interesse e participação ativa do público convidado e com isso a relevância das ações da Educação Permanente em Saúde, especialmente no campo da ST.

A Oficina de Piracicaba aconteceu no dia 04 de agosto de 2007, totalizando 08h de duração sob a coordenação do CEREST – Piracicaba, tendo como local a Escola Brasil em Limeira diante da relevância e gravidade dos problemas e agravos à Saúde do Trabalhador daquele município, e contou com o apoio da Comissão de Erradicação do Trabalho Infantil de Limeira e do Sindicato dos Bancários de Limeira com a participação dos 14 municípios da sua abrangência (Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Engenheiro Coelho, Iracemápolis, Limeira, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra e São Pedro) e foram convidados a participarem os membros do Conselho Municipal de Limeira, do Conselho Tutelar de Limeira, do Conselho Municipal de Educação de Limeira, da Comissão Municipal de

Erradicação do Trabalho Infantil de Limeira, das Diretoriais de Sindicatos de trabalhadores, dos Conselhos locais de Saúde do Município de Piracicaba e do Movimento Popular.

Participaram 43 (quarenta e três) pessoas assim distribuídas: 01 (hum) Conselheiro Municipal de Saúde, 01 (hum) Conselheiro Municipal de Educação, 02 Conselheiros Tutelares, 18 (dezoito) representantes do Sindicato dos Bancários, 02 (dois) do Sindicato dos Metalúrgicos, 02 (dois) do Sindicato dos Trabalhadores Químicos, 01 (hum) do Sindicato dos Comerciários, 03 (três) representantes da Comissão dos Servidores Públicos, 01 (hum) representante da Vigilância Sanitária de Limeira, 04 (quatro) representantes do Movimento Popular (Associação de Moradores), 02 (dois) usuários, 06 (seis) membros da organização da Oficina sendo 04 (cinco) funcionários de CEREST – Piracicaba, 01 (hum) do CEREST - Rio Claro e o autor desta dissertação, além da Coordenadora Geral da Oficina por profissional do CEREST - Piracicaba.

A Oficina teve como objetivo geral o mesmo da Oficina de Rio Claro acerca do conceito de saúde na concepção do SUS visando formar agentes multiplicadores ampliando o papel dos representantes do controle social não só no local de trabalho como em toda a comunidade. Especificamente buscou além de atingir os mesmos objetivos da Oficina de Rio Claro, discutir as questões específicas de Limeira, quanto às possibilidades e dificuldades na execução das ações necessárias no dia a dia do município, especialmente em relação à erradicação do trabalho infantil e discutir a promoção do 1º Seminário Municipal sobre a Erradicação do Trabalho Infantil em Limeira – “Diagnósticos e Alternativas” que estava previsto para o dia 24 de agosto daquele mesmo ano em Limeira. Para atingir estes objetivos, foram contextualizados os mesmos temas de

Rio Claro: o processo saúde-trabalho-doença; a História da Saúde no Brasil; o processo histórico de construção do SUS; a NOST; a RENAST; as atribuições legais e espaços de atuações dos Conselhos de Saúde; e apresentação da divisão de Limeira em relação aos CERESTs tendo as ações relacionadas à Vigilância atribuídas ao de Piracicaba e as relacionadas à assistência, ao de Rio Claro.

A metodologia utilizada seguiu as mesmas etapas e dinâmicas de Rio Claro, destacando a relação do município de Limeira com o CEREST Piracicaba quanto à Vigilância aos Ambientes de Trabalho e com o CEREST Rio Claro quanto à Assistência em Saúde, com profissionais dos respectivos CERESTs. A Oficina foi encerrada com explanação teórico-conceitual dos prejuízos causados pelo trabalho precoce, ou seja, na infância por profissional psicólogo do CEREST Piracicaba.

A Oficina foi auto avaliada pelos seus participantes, que fundamentalmente compreenderam a situação de trabalho infantil como prejudicial à Saúde da Criança e do Adolescente e se sensibilizaram com a necessidade de erradicar o trabalho infanto-juvenil, pois que foi muito abordada a infância como um período da vida destinado às atividades do brincar, aprender e estudar e que a criança, ao trabalhar, envolve-se em responsabilidades que a desvia do desenvolvimento saudável em direção ao futuro adulto e cidadão socialmente ativo

Ao final a equipe de organização também se reuniu para avaliação da Oficina.

Na abrangência do CEREST de Campinas, foram realizadas duas oficinas com diferentes participantes, apesar de semelhantes, tanto em relação ao público como na dinâmica e encaminhamento. Contou também com representantes do

controle social organizado, conselhos e sindicatos, da localidade, num total de 36 pessoas.

Amparo com 17 municípios realizou sua Oficina de Saúde Pública e Saúde do Trabalhador na sede do CEREST e também contou com diversos representantes do controle social.

São João da Boa Vista, sede de CEREST e de DIR, com seus 20 municípios e Indaiatuba, com 05 municípios também realizaram suas Oficinas.

Em todas estas Oficinas, os objetivos e metodologias seguiram um mesmo padrão, diferindo apenas na abordagem das características socioculturais, econômicas e populacionais de cada região, e constituíram-se em inédita experiência de interinstitucionalidade e participação do controle social nas rodas de reflexão e educação em saúde.

Estas 4 ações fizeram parte do convênio já citado⁽¹⁶²⁾, que foi mais uma expressão de polaridade e integração da Saúde do Trabalhador com a Educação Permanente em Saúde no território de Polo Leste Paulista, promovidas pelo seu Núcleo de ST.

7. DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde foi criado no Brasil⁽¹⁾ como expressão máxima do apelo e acesso à dignidade e direito de cidadania da população brasileira, garantido como dever do Estado pelo exercício da universalidade, da integralidade e da equidade nas práticas cotidianas da Saúde.

Como pode ser constatado pela evolução das políticas de saúde do Brasil, o país viveu até quase o final do século passado uma realidade sanitária baseada na ausência de doenças como conceito de saúde vigente e, por conseguinte, determinante das ações e serviços de saúde da época. Aliado ao momento econômico precário de falência e político autoritário do militarismo, o preceito de ausência de doenças na verdade, aumentava as doenças pela crescente iniquidade, desigualdade, exclusão, falta de acesso, de saneamento, de humanização, pela fome, miséria e baixa qualidade de vida. Nesse universo, surgiu o movimento sanitário coincidindo com o momento de reestruturação das políticas sociais do país, num processo de profunda reflexão saúde-doença envolvendo um olhar multicausal no qual os aspectos sociais estavam fortemente envolvidos. Da ausência de doenças da Saúde Pública, o Brasil evoluiu para a Saúde Coletiva em que saúde passou a configurar-se como o completo bem estar físico, psíquico e social, ampliando, conseqüentemente suas interfaces, disciplinadas pela Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas e pela Política e Planejamento⁽¹⁶³⁾.

Repensar a Saúde e suas políticas implicava em um novo paradigma de formação e exercício de recursos humanos e de trabalhadores; no âmbito multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial.

Como foi descrito, os Polos de EPS para o SUS foram criados como mecanismos inéditos de funcionamento, com proposta de gestão colegiada,

articulação interinstitucional e roda de educação permanente em saúde por aprendizagem significativa. Tudo buscou o cumprimento do compromisso da Reforma Sanitária Brasileira com a integração da saúde e da educação⁽¹⁴³⁾. Esta atenção aos princípios organizativos do SUS constitucional gerou o grande desafio de mudanças na estrutura, na imagem e na condução do sistema pela democratização e igualdade de todos participantes interinstitucionais do colegiado em roda eliminando a noção de níveis piramidais de decisões⁽¹³⁴⁾. O esperado era que a roda teria natureza política e crítica-reflexiva de todos seus participantes e que as instituições colegiadas fossem as executoras das ações. O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, ao instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS e delinear seus trâmites de execução – a aprovação na CIT, a criação das regras e diretrizes de funcionamento dos Polos e financiamento dos projetos – esperava uma franca e consensual adesão e entusiasmo das instituições às suas proposições⁽¹⁴⁹⁾. Assim sendo, aqueles eixos de ação e atividades propostas nas linhas de apoio citadas, eram tidos pelo Ministério da Saúde como de natural e rápida ocorrência com apresentação e conseqüente aprovação de múltiplos projetos de mudanças, especialmente na graduação, nas especializações e residências e nas pós-graduações e também na construção de novos modelos humanos de gestores, formadores, trabalhadores e agentes sociais da saúde^(12-13, 143); principalmente por dispor de recursos federais próprios para estas finalidades, que, sem dúvida, o Ministério foi proponente enxergando uma evolução natural dos fatos, mas que envolvia na sua execução pessoas e populações pensantes com interesses e ideias próprias e de fortes tradições culturais.

Assim sendo, foram esperadas mudanças, pelo menos graduais, na formação da graduação das profissões da saúde e estágios na realidade do SUS

para os estudantes da graduação com novas metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação desta aprendizagem⁽¹³⁴⁾; constituindo a clínica ampliada de saúde através do multiprofissionalismo e transdisciplinaridade. O governo federal entendia que, por assumir a cooperação financeira, as escolas assumiriam rapidamente as diretrizes da educação permanente, já citadas anteriormente. A idéia era de que, ações seriam iniciadas prioritariamente nas escolas de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia com adesão imediata destas e logo seriam seguidas pelas demais escolas de todas carreiras de saúde e até de outras nas áreas das ciências humanas e de gestão pública.

Não era tão simples o rompimento com o modelo tradicional de ensino e pesquisa, mas esperava-se um fluxo de adoção pelo segmento formador, das novas modalidades metodológicas de ensino, especialmente a educação à distância e da integração da educação com a saúde pelo binômio escola – serviços; especialmente por algumas instituições federais como a Fiocruz que apresentaram na época alguma experiência nesse sentido com a formação de profissionais que já atuavam (e atuam) na rede de serviços ou das escolas e que passaram a se desempenhar como facilitadores , tutores, mobilizadores, preceptores ou orientadores da Educação Permanente em Saúde; destacando sempre o enfoque à Saúde da Família e à Saúde Coletiva⁽¹²⁴⁾. Certamente que era necessário que as mudanças atingissem também a qualificação das equipes das três esferas de governo na gestão e condução dos programas e serviços de saúde e também seus modos de pensar e agir no exercício de suas funções, além das suas inter-relações. Mais uma vez, as modalidades de gestão, muitas vezes estavam arraigadas em modelos clássicos de gerência pública⁽¹⁴⁴⁾.

É sabido que existiam cursos em andamento no país, em todos os níveis de ensino e aprendizagem, e o Ministério entendia que sua expectativa mantendo-os, inclusive financeiramente sem cortes, seriam indícios de aceitação e adequação dos mesmos à Política Nacional de Educação Permanente - PNEP e suas diretrizes citadas. Nesse sentido, especial repercussão e mudanças eram esperadas na Residência Médica no Brasil⁽¹⁴⁷⁾.

Por causa da natureza interinstitucional sob o comando da esfera dos governos estaduais, era previsto em curto tempo o fortalecimento e consolidação das SES no papel compromissado de formação e desenvolvimento, nos princípios da educação permanente, dos diversos atores sociais envolvidos especialmente trabalhadores e formadores⁽¹⁴⁸⁾. Era esperado que as SES instituíssem as redes-escolas e aderissem ao projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS, projeto VER/SUS/Brasil, em todo o país. E para os segmentos de gestores e dirigentes de escolas de saúde foi inclusive prevista a criação de Mestrado em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Partindo do pressuposto da descentralização (Art. 198)⁽⁹¹⁾ com aumento das competências e responsabilidades dos municípios, especialmente pela atribuição constitucional das ações e serviços em saúde (Art. 30)⁽⁹¹⁾ entendia-se que estes assumiriam rapidamente as ações de educação em saúde por serem o palco real do exercício de cada segmento de atores sociais envolvidos; entretanto cada município caminhava a passos próprios conforme suas necessidades, prioridades e interesses. Só o apoio federal à incorporação e elaboração de projetos de educação permanente pelos municípios e à disposição de cooperação intermunicipal não eram suficientes para a aceleração daqueles passos.

O Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde oferecido pela ENSP/FIOCRUZ no Estado de São Paulo⁽¹⁴⁶⁾ com a parte presencial ocorrida em Serra Negra – SP no ano de 2005 formou facilitadores de todos os municípios do Estado, tendo inclusive o autor desta pesquisa participado pelo município de Santa Maria da Serra. Mas, como foi dito acima, não só cada município caminha com seus passos e interesses como também cada DIR (chamados de DRS – Departamentos Regionais de Saúde a partir de 2006⁽¹²⁰⁾ encontrava-se num estágio evolutivo na Educação Permanente, o que de certa forma, interferia na produtividade do curso.

Com a conclusão do curso, esperava-se que o mesmo alavancasse a educação permanente nos serviços municipais de origem do facilitador, o que não aconteceu por vários motivos como: Os municípios não conseguiam criar rodas de gestão compartilhada por resistências dos administradores e também de trabalhadores municipais culturalmente enraizados e estagnados no conhecimento e experiência adquiridos. No nível do estado, cada DIR priorizava ações regionais e o governo estadual não encontrava meios de agregar municípios pela EPS bem como enfrentar atores resistentes a mudanças para ações interinstitucionais.

Outro aspecto que seria esperado era um progressivo e gradual aumento da escolaridade dos trabalhadores de saúde, especialmente atuantes na Saúde da Família, remodelando o perfil dos agentes comunitários de saúde e as competências profissionais⁽¹²⁴⁾. Na ocasião dezessete estados da federação não possuíam escolas técnicas de saúde e o aumento desta rede de ensino era esperado no sentido inclusive de capacitar os agentes já inseridos em equipes de saúde da família e de preparar os novos. Esperava-se que a educação permanente fosse o forte agente da regulamentação da profissão do agente

comunitário de saúde, entretanto não alcançou esta magnitude, haja ver que ainda existem municípios que não tem ESF. Esperava-se que a cobertura nacional e estadual de equipes de ESF aumentasse até a totalidade pela força motriz da educação permanente, mas isso não aconteceu pelo próprio envolvimento múltiplo interinstitucional em que, como foi dito⁽¹³⁴⁾, cada ator social coloca seus interesses a frente do coletivo enquanto educação em saúde.

Esperavam-se mudanças na consciência sanitária popular e nas organizações escolares básicas com o aumento do espaço de expressão e participação social da população nas políticas públicas de saúde; com o incentivo à educação popular, inclusive com elaboração de material educativo utilizando a cultura local e/ou de grupos especiais como trabalhadores rurais sem terra; mulheres trabalhadoras rurais, associações de moradores, portadores de patologias, organizações de etnia e gênero, dentre outras.

Planejava-se criar o “Prêmio Sérgio Arouca, de Incentivo à Produção Textual e de Projetos Escolares em Saúde Pública – o Jovem Sanitarista na Escola Básica”⁽¹⁶⁴⁾, como forma de se criar uma consciência e conhecimento do SUS já nos níveis fundamentais de ensino, o que até os dias de hoje não se observa na magnitude esperada. O Curso de Conselheiros de Saúde oferecido pela Secretaria da Gestão de Investimentos em Saúde no ano de 2003⁽¹³²⁾, o qual o autor desta pesquisa também participou como Conselheiro do município de Santa Maria da Serra na Regional de Piracicaba e foi um grande espaço de expressão dos usuários e de reflexão sobre a saúde com consequente criação de uma consciência SUS, porém ainda predominava o pensamento imediatista e hospitalocêntrico tradicional. Além disso, existia certo descompromisso dos

conselheiros com a sua própria função como participação popular e controle social, fato este reforçado pela ideia de que o mandato teria fim.

Seguindo os princípios doutrinários do SUS, especialmente na busca da redução ou eliminação das iniquidades advindas da diversidade nacional⁽¹⁴⁾, propunha-se levar a educação permanente às áreas de difícil acesso e às populações mais carentes e isoladas, especialmente a Amazônia Legal, a proposta de se capacitar e levar profissionais de saúde, instituições de ensino e docentes da saúde coletiva até hoje também não obteve muito êxito, mais uma vez pela diversidade de interesses na população que opta preferencialmente pelos grandes centros.

Nessa lógica das perspectivas da educação permanente era esperada a ampla adequação dos hospitais de ensino do país às diretrizes propostas pela PNEP e pelo SUS, inclusive modificando os critérios de certificação dos hospitais candidatos a este nível de atenção, quaternário, tanto por parte do MS como do MEC com a construção de efetiva trama única e integrada em cadeia de cuidado progressivo à saúde, entretanto o que se tem ainda são caminhos burocráticos e distantes no sistema de referência e contra referência da APS – alta especialização.

No campo da ST seria esperada a construção de rodas de gestão compartilhadas bastante produtiva com espaço para as representações de instituições de ensino, de trabalhadores⁽¹⁴¹⁾ e instituições de saúde interagir, com aprendizagem significativa na compreensão, e prevenção dos riscos originados nas atividades do trabalho de cada um e até no tratamento e reabilitação dos já acidentados e/ou adoecidos; como forma de participação popular nas políticas públicas de saúde. As oficinas de Saúde Pública e ST realizadas na abrangência

do Polo Leste Paulista de EPS, constituíram uma enorme oportunidade de expressão, comunicação e interação entre a população usuária, seja organizada em sindicatos, seja como cidadão do movimento popular, seja simplesmente usuária; entre a comunidade e o SUS, mas as dificuldades do Programa de EPS, traduziram as Oficinas como eventos pontuais. É sabido que a Saúde do Trabalhador envolve aspectos além de trabalhistas, sociais, educacionais, ambientais, e principalmente econômicos, fatores estes que assumem status paradoxal diante dos interesses individuais ou setoriais⁽¹⁴²⁾.

Como foi dito, cada município desenvolvia seus passos na Educação Permanente e que estas tendências e/ou vocações podiam ser estendidas ao nível regional também; no Campo da ST esta realidade também se repetia. É compreensível o fato, pois que com o comando único e descentralização/municipalização; os gestores municipais tinham autonomia para desenvolverem seus Programas de Saúde conforme suas prioridades locais. Desta forma, muitos municípios no Estado de São Paulo nem sequer desenvolviam Programa de ST. Este fato foi muito evidente em Praia Grande na apresentação do GRIAR – Piracicaba e Região (Grupo Regional de Implantação e Acompanhamento da RENAST) no IX Congresso de Secretários Municipais de Saúde em 2006, em que se pode constatar DIRs no Estado que, nem sabiam o que significava a sigla GRIAR, grupo este preconizado pela RENAST que era uma rede nacional, ou seja, o GRIAR de Piracicaba não era uma iniciativa autodidata e aleatória da Região, mas sim um cumprimento de prerrogativa legal; outras Regionais tinham seus GRIARs, mas com muito menos ações e impactos locais. A Regional de Piracicaba e, seu GRIAR, foi a que mais realizou Conferências Municipais de Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo no ano de 2005 (preparatórias para a 3ª Conferência Nacional no mesmo ano de 2005, passando pela etapa

estadual). Logo em seguida, no ano de 2006, a Regional atingiu grande número de Conferências Municipais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. No período estudado o GRIAR de Piracicaba destacou-se na promoção da Saúde do Trabalhador da Região atingindo a totalidade dos municípios da DIR XV desenvolvendo Programa de ST.

O GRIAR⁽¹²²⁾, como expressão da RENAST e da Saúde do Trabalhador da Região de Piracicaba, e o Núcleo de ST do Polo Leste Paulista de Educação Permanente, exerciam feed-back positivo entre si; pois que o GRIAR fazia o papel, dentre outros, de agregar, reunir todos os PSTs da região, veicular e divulgar a informação e cultura em Saúde do Trabalhador; e o Núcleo promovia as rodas de educação e gestão colegiada com espaço para todos os PSTs municipais explicitarem seus nós-críticos, suas dificuldades em consolidarem seus Programas além de elaborar e oferecer as capacitações e cultura para os PSTs e demais instituições envolvidas e/ou interessadas.

As discussões acerca das ações e da própria sobrevivência do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde revelaram fraquezas e fortalezas no seu axioma. Como o próprio nome diz “Núcleo de do Polo”; o mesmo surgiu no clímax da criação e atuação dos Polos de Educação Permanente em Saúde – estava incorporado na política dos Polos, funcionando como rodas efetivas de reflexão e análise dos nós-críticos da região, especialmente no que faltava nela(a). Somente os integrantes da própria localidade e que viviam frente a frente, nos seus cotidianos de trabalho e até de vida, podiam, de forma significativa, elucidar as fragilidades dos seus municípios, de sua região; mas que, nos modelos tradicionais de gestão vigentes,

não tinham espaço de escuta e de voz devido ao sistema vertical de exercício do poder por parte de gestores centralizadores.

O Núcleo surgiu neste cenário, promovendo, pela primeira vez na região, reuniões e oficinas de participação ampliada dos diversos segmentos envolvidos na saúde, na educação e no controle social. Um exemplo de destaque, na ocasião, foram as tendências políticas favoráveis à extinção do CEREST de São João da Boa Vista que, por ser um Centro novo e que portanto, precisava compor e contratar equipe, prover de aparato técnico-instrumental.....tudo novo; ao contrário dos demais CERESTs que evoluíram de CRSTs para CERESTs e portanto já tinham estas estruturas formadas e atuantes. Graças às rodas colegiadas em oficinas preparadas pelo Núcleo de Saúde do trabalhador, que o respectivo CEREST permaneceu existindo (e existe até os dias de hoje). Nos resultados foi descrito que a Oficina de Saúde Pública e Saúde do Trabalhador dos CERESTs de Amparo e São João da Boa Vista foram realizadas conjuntamente, sob a coordenação de Amparo, como expressão da roda consolidada pelo Núcleo. Nesse sentido, o Núcleo exercia papel fortalecedor da EPS para a ST na Região do Leste Paulista, pois que, com seu eixo vertebral organizado de forma colegiada e coletiva, conseguia enfrentar as ações, especialmente políticas, de permanência nos modelos tradicionais de gestão, trabalho, saúde, ensino e pesquisa. Esta atuação foi homogênea e concorrente resultando em influências recíprocas entre a ST e a EPS.

Só foi possível conhecer as necessidades dos trabalhadores de saúde do trabalhador da região através das Oficinas realizadas pelo Núcleo, oficinas estas que alicerçaram a definição dos eixos de ações que foram desenvolvidas através do convênio obtido com a UNESCO⁽¹⁶²⁾. Até então aqueles trabalhadores não

tinham como, nem onde, nem para quem pleitear ou manifestar suas limitações de conhecimento e prática advindas de cursos de graduação tradicionais, sem integração ensino-serviço. As ações voltadas à Toxicologia foi exemplo claro e vivo da importância da roda colegiada de educação em saúde. O mesmo ocorreu com as equipes de Vigilâncias Sanitárias municipais que, em seus atos administrativos, não tinham um olhar para as condições de trabalho tanto do ponto de vista do trabalhador (ex: EPIs – Equipamentos de Proteção Individual), como das máquinas e equipamentos (ex: masseiras de padarias e prensas industriais), como do ambiente (ex: EPCs – Equipamentos de Proteção Coletiva), como da organização do serviço (ex: turnos prolongados, esforço repetitivo, pressão do chefe entre outros). As rodas do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista, de forma bastante eficaz, promovia a saúde educando e educava promovendo a saúde; pois que; o aprender e o ensinar se incorporavam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

As representações patronais, pelo próprio perfil democrático e interinstitucional das rodas colegiadas, tinham espaço oportuno no processo de gestão e educação em saúde, entretanto, as próprias incertezas e dificuldades econômicas da época limitavam-nas; uma vez que as forças neoliberais capitalistas eram e são lucro/meta/produção dependentes. As representações patronais tinham interesse na manutenção dos ambientes e processos de trabalho nos moldes tradicionais vigentes. A pouca participação patronal traduziu-se em fator dificultoso e não produziu resultados positivos e/ou construtivos na ótica da integralidade da Educação Permanente em Saúde do Trabalhador.

Em algumas rodas colegiadas formadas em setores específicos de trabalho, como da construção civil promovida pelo Comitê Permanente Regional -

Sobre Condições e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construção Civil de Piracicaba e Região – CPR Piracicaba; obteve-se alguma expressão patronal com certo protagonismo na proteção no trabalhador das obras e atenção aos canteiros de obras. Estas rodas interinstitucionais, entretanto, eram até 2012, coordenadas pelos CPR que foram constituídos pelo Ministério do Trabalho e Emprego, MTE; tinham espaço de participação da ST e da EPS especialmente através do CEREST. Mesmo nestas rodas, observava-se a representação patronal como significativa expressão individual de certos membros de certas empresas.

Entretanto, os Polos também tinham suas fraquezas, suas fragilidades, pois que preconizava uma roda coletiva em prol da integralidade e bem estar da população. Isto só era possível se, todos os atores sociais envolvidos “se despissem” de seus interesses individuais e dos objetivos e dogmas das instituições / entidades as quais representavam; e “vestissem” e incorporassem um princípio e ideal comum, voltado ao bem estar integral da sociedade.

Certamente que esta prerrogativa abalava os envolvidos, pois, todos, sem exceção, colocariam a si próprios, em segundo plano, o que para muitos podia se traduzir em perdas, mesmo que aparentes num primeiro momento, pois que, tendo-se o trabalhador como sujeito ao invés do lucro e da produção; as causas sócio-políticas de seus agravos seriam, pela promoção, revertidas para um momento futuro de bem estar e qualidade. Esta disputa pelos interesses individuais e de fazer prevalecer seus objetivos, foi fundamental para os rumos do Núcleo, no sentido de prejudicá-lo ao ponto de interromper sua existência e suas ações; explicando a afirmativa acima de que as Oficinas aparentaram eventos pontuais.

Como exemplo dessa ambigüidade de impactos do Núcleo de Saúde do trabalhador do Polo Leste, tem-se seu efeito positivo como promotor de rodas de educação e gestão.

As oficinas realizadas através do convênio UNESCO/FCM-UNICAMP/PEP Leste Paulista⁽¹⁶²⁾ obtiveram absoluta adesão do controle social em todas as microrregiões nas quais aconteceram e pode-se constatar ao final das mesmas, um custo financeiro muito baixo, resumindo-se basicamente em papel, caneta e cartolina.

O impacto positivo do Núcleo consistiu na perspectiva de cada município e/ou colegiado de municípios manterem, de forma permanente, a realização destas rodas de conversação nos seus territórios de forma periódica para elucidação e mapeamento das condições de saúde e trabalho locais. O Núcleo permaneceria como uma verdadeira expressão de polo irradiante e desencadeante do educar e promover saúde. Especialmente em municípios pequenos, a existência de um Núcleo norteador, indiretamente influenciava gestores locais na aceitação das rodas e ações voltadas ST em seu município; entretanto, com seu fim, um impacto negativo muito forte atingiu a região que “congelou” as rodas e oficinas então previstas.

Os interlocutores municipais de Saúde do Trabalhador, por si sós, ou seja, sem gestão e apoio colegiado, na maioria das vezes não conseguiam respaldo para a execução das ações de educação permanente, especialmente na ST.

Na verdade, o que acontecia no nível do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde, era um reflexo das mudanças ocorridas no nível central do governo federal que extinguiu os Polos e criava os CIEs. Não se podia dizer que um veio a substituir o outro ou a dar

continuidade. O governo federal, enquanto agente de sua auto-divulgação e auto-promoção, instituiu os CIES com uma imagem de consolidação e fortalecimento dos Polos; entretanto, é sabido que esta mudança revelava o fim de uma política de educação em saúde e o início de outra, onde aquela funcionava em rodas colegiadas de gestão e esta, sob o comando do Estado, mais especificamente dos DRSs.

O CIES passou a ser “agente” do DRS desfazendo o princípio da interinstitucionalidade ao, indiretamente “excluir” instituições, como as universidades, perdendo-se o sentido de roda de educação e gestão colegiada.

Outros fatores contribuíram para o fim do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde, além da mudança de Polo para CIES por razões político-ideológicas e disputas individuais na gestão federal bem como dos estados e dos municípios.

É sabido que, em cada eleição política e, portanto, troca de governo, mudam as estratégias e prioridades dos planos de ação para aquele mandato, até porque, para criar “estilo próprio” e diferir do antecessor, e com isso, ocorre a tendência dos Programas de Saúde se alternarem nas escala de valores dos governantes. Naquele período, a ST foi paulatinamente se enfraquecendo nas três esferas de governo, constituindo-se num fator agravante para os rumos do Núcleo, pois, entre outras razões, existia um custo de viagem para o encontro da roda que acontecia sempre no CEREST Campinas.

Outro fator que contribuiu, foi o Núcleo ser constituído por um grupo de sujeitos extremamente dedicados e qualificados os quais, coincidentemente no período, deslocaram-se de seus papéis institucionais representativos no Núcleo quanto vários Coordenadores de CERESTs foram transferidos para outras

funções/atividades/instituições; a maioria deles inclusive para outras regiões. Isto ocorreu nos municípios de Campinas, Piracicaba, Rio Claro, Amparo e Indaiatuba. Observou-se simultaneamente, o desligamento destas destacadas personalidades na ST e na EPS e, conseqüentemente, na formulação e execução de efetivas políticas de reciprocidade dos respectivos Programas, retornando com isso para momentos de ações isoladas ou polares que eram o padrão predominante antes do estabelecimento do Polo e do Núcleo.

Na abrangência Leste do Estado de São Paulo, antes Polo e depois CIES, que apenas manteve a mesma distribuição geográfica dos municípios, o fortalecimento das lideranças do DRS esvaziou o papel da UNICAMP enquanto Coordenação da Educação Permanente em Saúde da Região. Conseqüentemente, foi esvaziado o Núcleo de ST, que também tinha representação importante de docente da UNICAMP, que havia sido fundamental na assinatura do convênio UNESCO/UNICAMP/PEP Leste Paulista.

As políticas de educação em saúde eram tão contrapostas que, enquanto Polo Leste Paulista, nas disputas de Coordenação entre as três DIRS que o compunham e do Município de Campinas como sede territorial; a UNICAMP assumiu papel catalisador e apaziguador; ao passo que, já na era de implantação dos CIES em substituição aos Polos foram as DRS (antigas DIR) que se fortaleceram e inverteram-se os papéis.

Não havia como um Núcleo de ST permanecer vivo neste universo excludente da participação colegiada quando sua maior contribuição consistia exatamente na participação horizontal de todos os segmentos envolvidos. Pode-se dizer que houve uma mudança nas políticas dos direitos da cidadania pautada na

universalidade, integralidade e equidade para uma política do não direito tendo em vista suas características excludentes.

8. CONCLUSÃO

Efetivamente o Núcleo de Saúde do Trabalhador do Pólo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde deixou na lembrança de todos(as) a certeza de que é possível elucidar um modelo de integração do ensino e serviço, pois que sua gestão colegiada, especialmente composta pelas instituições de ensino como as universidades, pelos serviços de saúde como os CERESTs e pelo controle social durante o período analisado, promoveram amplas rodas de reflexão crítico-analítica beneficiando a integralidade da população trabalhadora da região.

Sua oficinas, suas capacitações, suas reuniões, seus encontros constituíram-se em verdadeira aprendizagem significativa em que, cada um(a) colocando-se no papel do outro(a), conseguia compreender com mais clareza as dificuldades e possibilidades de cada segmento social participante do processo saúde-trabalho-doença e da sustentabilidade da região.

A Saúde Coletiva consolidou uma nova política de saúde, em benefício da população/sociedade brasileira, unindo a saúde pública como prática apenas estatal aos novos programas de promoção da Saúde como a Saúde do Trabalhador e a Educação Permanente.

Com a incorporação das Ciências Sociais e Humanas, a Saúde do Trabalhador garantida pela Constituição Cidadã, como direito fundamental da população para o bem estar e qualidade de vida digna, avançou rapidamente nos primeiros anos, especialmente com a criação da RENAST em 2004. Pode-se concluir que a abrangência do Polo Leste Paulista, pelo progressivo ritmo de crescimento agroindustrial e por apresentar Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, estruturados já antes da criação da RENAST, polarizou movimentos expressivos no período estudado, como foi o caso do GRIAR de Piracicaba e Região que possibilitava a participação interdisciplinar e intersetorial dos diversos

atores sociais envolvidos no Programa; especialmente as representações comunitárias e sindicais de trabalhadores no mapeamento e formulação de políticas de promoção à Qualidade de Vida em saúde (QVs) do trabalhador da região e de resolução dos nós-críticos dos ambientes e condições de trabalho locais de cada município do território; no período estudado.

A Educação Permanente em Saúde, em seus movimentos polares, obteve ampla participação na formulação das rodas colegiadas de educação e gestão no território do Polo Leste Paulista enquanto Polos de Educação em Saúde fidedignos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O Leste Paulista pelas características regionais logo se destacou com ampla adesão interinstitucional, entretanto, o que pode se observar foi que a própria multiplicidade de atores desencadeou disputas acirradas de interesses próprios, em detrimento do princípio maior da integralidade coletiva.

Em épocas de crise das políticas econômicas no mundo, com encolhimento de certas economias, em que os direitos dos trabalhadores tornaram-se ofuscados e resignados, com reflexos na política nacional; observou-se na Saúde, a interseção dos Programas de ST e de EPS em movimentos recíprocos em que os princípios e diretrizes de ambos coincidiam no trabalhador como sujeito ativo nas políticas e objeto-alvo da integralidade e qualidade de vida em saúde. Os Programas se fortaleceram de forma recíproca num feed-back positivo que logo se organizaram como um Núcleo de Saúde do Trabalhador que efetivamente promoveu ações de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador na região, pela escuta e voz dos atores envolvidos, desde a máquina do Estado até os representantes das organizações e entidades sociais, dos sindicatos, das escolas técnicas e das universidades.

Num misto de interesses; em que as rodas colegiadas reuniram representantes institucionais que se auto priorizavam – e, portanto, desviando-se do rumo axial da educação em saúde - o Governo, reforçando seu exercício vertical e autoritário, mudou suas lideranças e seu rumo político, instituindo as CIES, que, certamente, reforçando o princípio do comando único, deliberou ao Estado, através das DRSs, a condução e seguimento das Políticas de Educação Permanente para suas locorregiões correspondentes em contra partida de outros atores sociais que, ao longo do tempo, emergiram, participaram, dominaram; mas que retrocederam e até foram excluídos.

Conclui-se que a promoção de saúde, desencadeada pela apropriação da Saúde Coletiva pelo movimento de reforma sanitária brasileira, culminando com o momento máximo de criação do SUS; constituiu-se como fator determinante dos avanços e ganhos da sociedade, com a democratização e acesso à educação em saúde e com a melhoria das condições biopsicossociais de vida, como no trabalho; particularmente no território do Polo Leste Paulista e no período estudado, mas conclui-se também que, os Programas de Saúde e o próprio Sistema Único apresentam ainda muitas fragilidades e dificuldades na atuação recíproca de seus componentes de EPS e ST; já que mudanças na esfera maior de governo podem se traduzir, nas políticas locais, em estagnação sem atuação harmônica e até prejuízo da sociedade, como pode se observar com o fim do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente em Saúde.

9. CONSIDERAÇÕES

São impactantes as intervenções da Saúde Pública do país, desde 1900, bem como da proposta da Saúde Coletiva da atualidade. Certamente que os 20 anos do SUS não denotam seu amadurecimento, pois que sua criação em 1990 (Lei 8.080)⁽⁵⁴⁾ e legitimação pela Lei 8.142⁽⁵⁵⁾ mais traduz-se num alicerce do que numa construção pronta. Como um edifício em que andares e andares são acrescidos, o SUS vive esta transformação, pois que seus atores sociais, além de configurarem como variáveis quantitativas, são também qualitativas no mecanismo de pensar e viver. A tradição e os costumes, segundo Jacob Levi Moreno, exercem papel marcante no curso de uma sociedade, no caso a “sociedade sanitária” e a universalidade: gestores, trabalhadores, usuários e formadores. O SUS tem seus princípios – doutrinários e organizativos – como já citados, entretanto a “coletivização” da Saúde é gradual como a construção; os andares do financiamento, das relações público-privado e, principalmente do gerenciamento são os três grandes desafios da consolidação do SUS na atualidade desta construção.

A educação permanente em saúde reforça, através da aprendizagem significativa, a imperiosa necessidade da apropriação e vivência de tecnologias leves, ou seja, relacionais, como o acolhimento, a formação do vínculo e da confiança, a produção de co-responsabilização, a ampliação da clínica dentre outras; objetivando uma maior autonomia dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde e uma modificação da estrutura de necessidades permitindo graus maiores de liberdade, na perspectiva e premissa de práticas mais humanizadas e humanizantes na saúde. Os diversos atores sociais envolvidos, gestores, trabalhadores, usuários e formadores devem estar engajados em colocarem-se um no papel do outro na busca e alcance da integralidade.

Ainda pelo princípio relacional das tecnologias leves, adotar a estratégia de co-gestão tecnopolítica do trabalho em saúde contribui para que os trabalhadores efetivamente apropriem-se de seus processos de trabalho permitindo sua reinvenção e/ou exercício criativo do trabalho.

O Brasil vem tentando consolidar a Promoção da Saúde, entendendo que esta estratégia é um processo político e social que requer o envolvimento de cada uma e de todas as pessoas. No campo da Saúde do Trabalhador, a Educação Permanente é de fundamental valor no processo de compreensão e resolução dos problemas de saúde advindos do trabalho. O Trabalho é um ramo da vida de aspecto multifacetário que envolve economia, produção, renda, qualidade de vida, bem estar, mas também um mal estar como agente de disputas no universo globalizado e neoliberal. No Brasil de diversidade e iniquidades especialmente no campo trabalhista, um elevado índice de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais é uma realidade nacional e os profissionais de Saúde na atenção primária e na rede especializada necessitam de educação permanente em Saúde do Trabalhador, assim como a sociedade organizada também para a possibilidade de transformação ergonomicamente adequada. Isto só será possível com a formulação e execução de políticas efetivas de Promoção da Saúde, em que o ser humano se constitua sempre como o único e exclusivo sujeito e verbo, predicado e objeto, conjunção e predicativo, autor e protagonista, ação e reação de todos os Programas de Saúde Coletiva preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Não se pode mais viabilizar no mundo globalizado de hoje, que o Homem permaneça num universo onde miséria, doença, fome e desgraça social coexistam com riqueza estratificada, saúde privilegiada, riscos à sustentabilidade e sociedade neoliberal individualista lucro centrada na produção.

Entende-se que as ações do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Polo Leste Paulista de Educação Permanente, no período vigente constituíram-se em real benefício dos atores envolvidos, pois que os trabalhadores da região conheceram e compreenderam melhor suas realidades de trabalho e seus riscos, os profissionais de saúde foram contemplados com suas necessidades técnicas-regionais, o controle social de fato exerceu seu papel de participação popular e a própria gestão teve oportunidade de “ouvir e falar”. O atual CIES, precisa regatar estas diretrizes e ações da educação permanente em saúde, pois que a evolução sócio-econômica do país e especificamente da região tendem a ter o trabalho cada vez mais como agente causal de doenças e agravos à saúde humana e que a integração do ensino e serviço de saúde constitui-se em fundamental agente de promoção da saúde da população e consequente qualidade de vida.

É fundamental que as políticas nacionais e estratégias de promoção dos Programas de Saúde obtenham garantias e respaldos legais de sobrevivência e manutenção, especialmente nas transições das composições da máquina administrativa em que se trocam os representantes dos cargos políticos em cada eleição. Como diretriz doutrinária constitucional, o comando único detém autonomia de livre escolha e exclusiva decisão por parte da administração em curso no mandato vigente; o que lhe permite planejamento e definição de prioridades, aceleração e financiamento de determinados Programas, em detrimento de outros como vem acontecendo nos últimos anos com a Saúde do Trabalhador. Todos os Programas devem ser executados e de forma progressivista e ascendente sem interrupções por “engavetamentos” por parte da administração em curso.

O presente trabalho buscou mostrar como que, a partir de movimentos polares de Programas de Promoção à Saúde do SUS, como a ST e a EPS; a integração dos mesmos, através de movimentos recíprocos; pode se traduzir num percurso apológico rumo à tão desejada sociedade justa, de direitos universais garantidos para toda população, sem iniquidades, independente da diversidade sócioeconômicocultural do país, onde o Brasil se torne de fato um país de todos os brasileiros - brasileiros felizes e sadios !

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988 [13 dez 2011]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
2. Rosen G. Uma história da Saúde Pública São Paulo: Editora UNESP; 1994.
3. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública. Revista de Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.
4. Carvalho AI. Da prevenção de doenças à defesa de vida. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro 2007 [08 mar 2011]; Available from: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/resumo_de_multissignificacao.pdf.
5. Paim JS. Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI. São Paulo: Hucitec; 2005.
6. Foucault M. Microfísica do Poder. In: Foucault M, editor. O nascimento da medicina Social in: Microfísica do Poder Organização e tradução de Roberto Machado. São Paulo: Martins Fontes, Rio de Janeiro: Graal 1979.
7. Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008a.
8. Foucault M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008b.
9. Rosen G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro Graal; 1979.

10. Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, editor. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 295-315.
11. Teixeira RR. Humanização e Atenção primária à Saúde. *Ciência e 10 Saúde Coletiva*. 2005b;10(3):585-97.
12. Ribeiro MAR. História sem Fim... Um Inventário da Saúde Pública. S. Paulo, 1880-1930. São Paulo: Ed. da Unesp; 1993.
13. Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: sujeito e mudanças. São Paulo: Ed Hucitec; 2005.
14. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc saúde coletiva*. 2007 Mar./Apr.;12(2):301-6.
15. Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2005a mar - ago;9(17):219-34.
16. Campos GWS. A Saúde Pública e a Saúde Coletiva: desafios atuais no contexto das transformações da sociedade capitalista mundial 2008.
17. Mehry EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Mehry EE, Onocko R, editors. *Agir em saúde - um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.
18. Nunes ED. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora e Distribuidora Ltda; 1983.
19. Telarolli Jr R. *Poder e Saúde: As Epidemias e a Formação dos Serviços de Saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. da Unesp; 1996.
20. Oliveira JA, Teixeira SF. *Previdência Social: 60 anos da história da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes; 1989.

21. Arouca S. O dilema prevencionista. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. UNESP / Ed. FIOCRUZ; 1975.
22. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo / Rio de Janeiro: Ed. UNESP / Ed. FIOCRUZ; 2003.
23. Mehry EE. O Capitalismo e a Saúde Pública: A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas, SP: Papirus; 1985.
24. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1993.
25. Leavell HR, Clark EG. Medicina Preventiva (Tradução de Donnângelo MCF). São Paulo: McGrawHill do Brasil Ltda. / MEC.- Fundação Nacional do Material Escolar; 1976.
26. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Canada: Ottawa; 1974.
27. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaração de Alma-Ata. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE 6-12 de setembro de 1978: OPAS – Organización Pan Americana de Salud; 1978. p. 3.
28. Viana ALDA, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência. In: Viana A, Elias PE, Ibañez N, editors. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 185-201.
29. Paim JS. Política e Reforma Sanitária. São Paulo: Hucitec; 2002.

30. Fleury S, Lobato LVC. Coleção Pensar em Saúde. Participação, Democracia e Saúde. São Paulo: CEBES; 1997. Available from:
http://www.cebex.org.br/media/File/livro_participacao.pdf.
31. Santos LAC. A Reforma Sanitária 'Pelo Alto': O Pioneirismo Paulista no Início do Século XX. Dados. 1993;36(3):361-92.
32. WHO. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1986. p. 11-8.
33. Vasconcellos LCF, Pignati WA. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? uma abordagem epistemológica. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(4):1105-15.
34. Torres CH, Czeresnia D. A Institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. 2003 maio-ago;10(2):525-48.
35. Torres CH. Ensino de Epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
36. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Ciência e Saúde Coletiva. 2000;5(2):251-64.
37. Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
38. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde; 2000.

39. Teixeira C. O Futuro da Prevenção. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
40. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoria de la Salud Publica. OPS Promoción de la Salud: Una Antologia. Washington: OPS Publ. Cient; 1996. p. 37-4.
41. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Canada: Ottawa; 1974.
42. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoria de la salud publica. In: OPAS, editor. Promoción de la Salud: Una Antología. Washington: OPAS; 1992. p. 37-44.
43. Silva Jr AG, Mehry EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da Saúde. In: Pinheiro RMRA, editor. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco; 2003.
44. Luz MD. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. Rev Saúde Sociedade. 2009;18(2).
45. Nunes ED. A questão da interdisciplinariade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: Canesqui AM, editor. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco1995. p. 95-114.
46. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina. 1991;24:70-7.
47. Donnângelo MC, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
48. Costa E. Medicina Social no Brasil: esboço de um pioneiro. Cad Saúde Pública 1988;4(3).

49. Cordeiro H. A Indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1985.
50. Donnangelo MCF. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: A década de 70. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/PEC Escola Nacional de Saúde Pública; 1983.
51. GR S. Origem da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. Rev Hosp de Clínicas Fac Med. 1973;28(91-6).
52. Levcovitz E. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974 – 1986 [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1997.
53. Levcovitz E. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: 1974-2000. . Brasília: OPAS. (Série Técnica - Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde n.2); 2003.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. 1990a [26 out 2011]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
55. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. 1990b [15 set 2011]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
56. Melo MABC, Costa NR. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. Planejamento e Políticas Públicas, Ipea. 1994(1):49-108.

57. Lima NT, Santana JPD. Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Editora; 2006 [7 mar 2012.]; Available from:
<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070913164801.pdf> [10]
58. Fonseca CMO. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999.
59. Breilh J, Granda E. Epidemiologia: Economia, Medicina y Política. Fonte: Santo Domingo; SESPAS; 1980. p. 236.
60. Scliar M. História do Conceito de Saúde. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):29-41.
61. Boorse C. Health as a teorethical concept. Philosophy of Science. 1997;44:542-73.
62. Junqueira LP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. Saúde e Sociedade. 1997;6(2):31-46.
63. Junqueira LP. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. RAP 1998;32(2):11-22.
64. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993. Brasília, 1993a [5 mai 2011]; Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.htm
l.
65. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Brasília, 1993b [19 nov 2011]; Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm.

66. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n.º 1 232, de 30 de agosto de 1994. Brasília, 1994 [4 jun 2011]; Available from: <http://www.domtotal.com/direito/pagina/detalhe/8318/decreto-n-1.232-de-30-de-agosto-de-1994>.
67. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. Brasília, 1996c [5 jun 2011]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9311.htm.
68. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 195 de 27 de agosto de 1996. Brasília, 1996b [13 jun 2011]; Available from: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
69. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: Saúde Md, editor. Brasília: UNESCO; 2002.
70. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997 [29 jul 2011]; Available from: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/.
71. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei No 9.836, de 23 de setembro de 1999. Brasília, 1999e [11 abr 2011]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm.
72. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 9782, de 26 de janeiro de 1999. Brasília, 1999c [13 mai 2011]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm.
73. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. Brasília, 1999d; Available from: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf.

74. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.329 de 12 de novembro de 1999. Brasília1999f [19 jun 2011]; Available from:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1329.html>.
75. Yunes RC. Mudanças no cenário econômico. In: CA M, editor. Velhos e Novos Males da Saúde Brasil. São Paulo: Editora Hucitec 2000. p. 33-60.
76. (OPAS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) – Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS: Alma-Ata; 1978 [8 fev 2011]; Available from:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
77. (OPAS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) – Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: ; 1986 [28 abr 2009]; Available from:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>
78. (OPAS). Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da saúde. Adelaide. Austrália1988 [11 set 2011]; Available from:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>
79. WHO. Declaração de Adelaide. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1988. p. 19-30.
80. WHO. Declaração de Sundsvall. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1991. p. 31-40.
81. (OPAS). Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Santafé de Bogotá. Conferência Internacional de Promoção da Saúde Santafé de Bogotá. Colômbia: OPAS; 1992 [5 jul 2011]; Available from:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>.

82. (OPAS). Organização Mundial de Saúde. Carta do Caribe para Promoção da Saúde. 1993.
83. WHO. Declaración de Yakarta. In: Buss PM, editor. Promoção da Saúde e Saúde Pública ENSP, Rio de Janeiro (Mimeo) Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1997a. p. 174-8.
84. WHO. New Players for a New Era: leading Health Promotion into the 21st century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta: WHO; 1997b [5 ago 2011]; Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_conference_report.pdf.
85. WHO. Declaração do México. Mexico: WHO; 2000 [26 mai 2011]; Available from: <http://www.iica.int/foragro/documentos/SeguimMexico2000.pdf>.
86. WHO. World Health Organization. Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve: WHO; 2005 [17 fev 2011]; Available from: www.worldhealthorganization/html e <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.
87. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº 130 de 03 de julho de 2001. Brasília, 2001d [12 mai 2011]; Available from: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/130_01rdc.htm.
88. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 3.745 de 05 de fevereiro de 2001. Brasília, 2001b [05 set 2011]; Available from: <http://www.domtotal.com/direito/pagina/detalhe/10812/decreto-n-3.745-de-5-de-fevereiro-de-2001>.
89. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 2001c [12 jan 2011]; Available from: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_9_2001.pdf.

90. BRASIL. Ministério da Saúde Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar) Série A. Normas e Manuais Técnicos 2.^a edição revista e atualizada Brasília – DF 2002. Brasília, 2002c.
91. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004a [19 ago 2011]; Available from:
<http://www.saude.gov.br/sgtes> [6].
92. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.858 de 13 de abril de 2004. Brasília, 1999g [16 set 2011]; Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm.
93. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Executivo do I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. DCS/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005e [21 ago 2011]; Available from:
[http://www.iuhpe.org/uploaded/Regions/Orla/Portuguese%20docs/Relatorio SBEPS I BR.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Regions/Orla/Portuguese%20docs/Relatorio%20SBEPS%20I%20BR.pdf).
94. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, 2006f [13 jun 2011]; Available from:
http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=899.
95. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.191 de 03 de agosto de 2010. Brasília, 2010 [5 jul 2011]; Available from:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/104920-2191.html>.
96. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº de 03 de março de 2011. Brasília, 2011 [9 abr 2011]; Available from:
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto de 3 de marco 2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto%20de%203%20de%20marco%202011.pdf).

97. Lourenço EAS. Na trilha da Saúde do Trabalhador: A experiência de Franca/SP [Tese de doutorado]. Franca: Faculdade de História,Direito e Serviço Social – UNESP; 2009.
98. Spedo SM. Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS) [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
99. Sabino MO. Reconstrução de Coortes: Métodos, técnicas e Interfaces com a Vigilância da Saúde do Trabalhador [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.
100. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.120 de 1º de julho de 1998. Brasília, 1998a [5 ago 2011]; Available from:
<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>.
101. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Norma Operacional Básica em Saúde do Trabalhador – NOST. Brasília, 1998b [12 mai 2011]; Available from:
<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOST.htm>.
102. Dias E.C. A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia [Tese Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas; 1994.
103. Pinheiro TMM. Vigilância em Saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: A vigilância do conflito e o conflito da vigilância [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
104. Balista SRR. A descentralização da Vigilância da Saúde do trabalhador no SUS-Campinas [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.

105. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Versão 12/11/2004. Brasília, 2004d [1 fev 2011]; Available from: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf.
106. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Versão 29/12/2004. Brasília, 2004e [5 jul 2011]; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf.
107. BRASIL. Divisão de Atos Internacionais. Decreto Nº 541 de 06 de julho de 1992. Brasília, 1992 [17 dez 2011]; Available from: http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm.
108. BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: trabalhar sim! Adoecer não. – Coletânea de textos. Brasília 2005d.
109. BRASIL. Portaria Interministerial Nº 800 de 03 de maio de 2005. Brasília, 2005a [7 jun 2011]; Available from: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mps-mte-ms/2005/800.htm>.
110. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2203 de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica. Brasília, 1996a [12 jun 2011]; Available from: http://www.saude.rr.gov.br/legislacao/federal/nob_1996.PDF.
111. Dias EC. Doenças Relacionadas ao Trabalho. Série A. Normas e Manuais Técnicos. N114. Brasília, : Ministério da Saúde do Brasil; 2001 [3 set 2011]; Available from: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf.

112. BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Portaria N. 2.320 de 25 de julho de 1995. Salvador, 1995 [23 nov 2011]; Available from:
<http://www1.saude.ba.gov.br/cesat/Legislacao/Portaria%20Estadual%202.320.htm>.
113. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Salvador. Bahia. 2002. Salvador, 2002d.
114. Vilela RAG. Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho. São Paulo: LTr; 2003.
115. Maeno M, Carmo JC. Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
116. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.697 de 16 de setembro de 2002. Brasília, 2002a [19 mai 2011]; Available from:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>.
117. Machado JMH. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. Ciência e Saúde Coletiva. 2005;10(44):987-92.
118. Minayo GC, Thedim CSM da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública. 1997;13(supl. 2):21-32.
119. Minayo GC, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. Cienc. Saúde Coletiva. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(4).

120. SÃO_PAULO. Decreto Nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006. São Paulo, 2006 [16 ago 2011]; Available from:
[emftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.dezembro.06/iels247/E_DC-51433_281206.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.dezembro.06/iels247/E_DC-51433_281206.pdf).
121. BRASIL. BRASIL 2005B. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.437 de 07 de dezembro de 2005. Brasília, 2005b [11 ago 2011]; Available from:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>.
122. RIO_CLARO. Fundação Municipal de Saúde. GRIAR. Regimento Interno do Grupo Regional de Implantação e Acompanhamento da RENAST. Rio Claro: Prefeitura Municipal de Rio Claro; 2004 [21 fev 2011]; Available from:
www.saude-rioclaro.org.br/crst/renast.htm.
123. BRASIL. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2003c; Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf.
124. Pierantonil CR, Varella TC, Santosill MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação na saúde: recursos humanos em duas décadas no SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2008;18(4):685-704.
125. BRASIL. Ministério Da Saúde. Decreto Nº 4.726 de 09 de junho de 2003. Brasília, 2003a [17 mai 2011]; Available from:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_4726_2003_estrutura_ms.pdf.

126. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 5.841 de 13 de julho de 2006. Brasília, 2006c [4 ago 2011]; Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm.
127. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 5.974 de 29 de novembro de 2006. Brasília, 2006d; Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm.
128. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto N º 6.860 de 27 de maio de 2009. Brasília, 2009a [13 out 2011]; Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6860.htm.
129. BRASIL. Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde. Resolução MS/CNS nº 335 de 27 de novembro 2003. Brasília, 2003b [26 fev 2011]; Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf.
130. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 827 de 05 de maio de 2004. Brasília, 2004b [3 jun 2010]; Available from:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_827_5_mai_2004.pdf.
131. BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Curso de formação de facilitadores em Educação Permanente em Saúde. Unidades de Aprendizagem. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005c.

132. BRASIL. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos Guia do Conselheiro. Curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.
133. BRASIL. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Brasília, 2007a [05 jul 2011]; Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
134. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: Revista Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65
135. SÃO_PAULO. Documento Norteador. Diretrizes para Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/COSEMS; 2007.
136. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Reunião da Comissão Intergestores Tripartite. 23 de outubro de 2003. Brasília, 2003d; Available from:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pauta_out_03.pdf.
137. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resumo Executivo da centésima trigésima quarta reunião ordinária do CNS. 04 de setembro de 2003. Brasília, 2003e [3 jun 2011]; Available from:
<http://www.conselho.saude.gov.br/atas/2003/Resumo134.doc>.

138. BRASIL. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2003c; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf.
139. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Reunião da Comissão Intergestores Tripartite. 23 de outubro de 2003. Brasília, 2003d; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pauta_out_03.pdf.
140. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004a [19 ago 2011]; Available from: <http://www.saude.gov.br/sgtes> [6].
141. Correa-Filho HR. Redes de saúde de trabalhadores e ambiente: uma construção social que responde à Globalização Corporativa Neoliberal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8:859-60.
142. Correa-Filho HR. O Fator Acidentário Previdenciário como instrumento epidemiológico de controle de riscos do trabalho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8:432-9.
143. Campos GWS. Um método para análise e ci-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000a.
144. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(16):161-77.

145. SÃO_PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. COSEMS. Documento Norteador. Diretrizes para Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/COSEMS/São Paulo; 2007a [15 abr 2011]; Available from: http://www.fnepas.org.br/pdf/diretrizes_educacao_permanente_sp.pdf
146. BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Curso de formação de facilitadores em Educação Permanente em Saúde. Unidades de Aprendizagem. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005c.
147. BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em área Profissional da Saúde. Brasília, 13 a 15 de outubro de 2008. Brasília, 2008a [1 abr 2011]; Available from: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/politica_nacional_saude.pdf.
148. Mângia EM. Política Nacional da Educação Permanente em saúde: desafios e perspectivas. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2007 dez.;18(3):i-ii.
149. Mehry EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu. 2005 abr.;9(16):172-4.
150. SÃO_PAULO. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva. Fundação Faculdade de Medicina – FFM. Projeto de Pesquisa. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. São Paulo, 2008 [cited 23 ago 2011]; Available from: observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/.../2463.pdf

151. BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. 2006a;
Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
152. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006b [9 jun 2011]; Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html.
153. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resumo Executivo da centésima sexagésima segunda reunião ordinária do CNS. 09 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006e [14 ago 2011]; Available from:
http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_06.htm.
154. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB nº 04/1999, de 08 de dezembro de 1999. Brasília, 1999a; Available from:
http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rceb04_99.pdf
155. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto CNE/ME nº 5.154, de 23 de julho de 2004. Brasília, 2004c [23 out 2011]; Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm.
156. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2953, de 25 de novembro de 2009. Brasília2009b [5 nov 2010]; Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html
! [9].
157. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2813 de 20 de novembro de 2008. Brasília, 2008b [26 mai 2011]; Available from:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2813.htm>.

158. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa. Brasília. DF. 2007. Brasília, 2007b [7 abr 2011]; Available from:
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Premio Sergio Arouca de Gestao Participativa 1Edicao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Premio_Sergio_Arouca_de_Gestao_Participativa_1Edicao.pdf).
159. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: Editora MS; 2009c.
160. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
161. Becker H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
162. Bernardes MH, Iguti AM. Relatório Técnico Parcial das Atividades de Saúde do São Paulo Trabalhador do Polo de Educação Permanente do Leste Paulista. Campinas: SES-SP Secretarias Municipais de Saúde UNICAMP, SES-SP; 2007.
163. Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto2009.
164. SÃO_PAULO. Coordenadoria de Planejamento da Saúde. Deliberação CIB 198/2007. São Paulo2007b [8 jun 2011]; Available from:
ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.out.07/iels201/E_DL-CIB-198_2007.pdf.

ANEXO



ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do DMPS/FCM da UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 26/07/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 695/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0623.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “EDUCAR VIGIANDO. VIGIAR EDUCANDO: SAÚDE, EDUCAÇÃO, PODER E TRABALHO NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DA SAÚDE DO TRABALHADOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Eduardo Figueiredo de Moraes Rego

INSTITUIÇÃO: Universidade Paulista

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/07/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/07/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Identificar, analisar e avaliar a efetividade da inserção e integração da Educação e da Vigilância nas práticas cotidianas da saúde do trabalhador no SUS no âmbito da atenção primária em saúde - APS.

III – SUMÁRIO.

O projeto é referente a um projeto de mestrado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa buscando integrar as ações de Educação em Saúde com as da Vigilância em saúde. O método utilizado será análise histórico documental tendo como banco de dados, a legislação da política nacional de saúde e os fundamentos legais da criação e implementação do grupo regional de implantação e acompanhamento da RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - o GRIAR. Confrontam-se as bases da política nacional trabalhista e os fundamentos da criação e implantação de políticas setoriais como dos Comitês Permanentes Regionais - CPR e do Núcleo de Saúde do trabalhador do Comitê Integrado de Educação e Saúde - CIES. A análise dos dados coletados nas atas e documentos do CPR, CIES e do CRIAR de Piracicaba e Região serão utilizados.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Após análise crítica do protocolo não encontramos riscos ou prejuízos para os sujeitos da pesquisa (possibilidade e gravidade). Os autores do projeto se mostram com o compromisso de cumprir as exigências da Resolução 196/96 e suas complementares. O trabalho está elaborado dentro das normas éticas e científicas. A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de julho de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

APÊNDICE



Quadro 1: O paradigma da História Natural da Doença segundo Leavell & Clarck (1976)

Prevenção Primária	Prevenção Primária	Prevenção Secundária		Prevenção Terciária
Promoção da saúde; educação sanitária; bom padrão de várias fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade;	Proteção Específica uso de imunizações específicas; atenção à higiene pessoal; hábito de saneamento do ambiente; proteção contra riscos ocupacionais;	Diagnóstico e Tratamento Precoce medidas individuais e coletivas para descoberta de casos; pesquisas de triagem exames seletivos; objetivos:	Limitação da invalidez tratamento adequado para interromper o processo mórbido e evitar futuras complicações e seqüelas;	Reabilitação prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento, a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes;

Quadro 2: Níveis de aplicação da medicina preventiva segundo Leavell & Clarck (1976)

Prevenção Primária	Prevenção Primária	Prevenção Secundária		Prevenção Terciária
Promoção da saúde; moradia adequada, recreação e de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos”	Proteção Específica proteção contra acidentes; uso de alimentos específicos; proteção contra substâncias carcinogê- nicas; evitação contra alergenoss	Diagnóstico e Tratamento Precoce curar e evitar o processo da doença; evitar a propagação de doenças contagiosas; evitar complicações e seqüelas; encurtar o período de invalidez	Limitação da invalidez provisão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte;	Reabilitação educação do público e indústria, no sentido de que empreguem o reabilitado; emprego tão completo quanto possível; Colocação seletiva; terapia ocupacional em hospitais; utilização de asilos

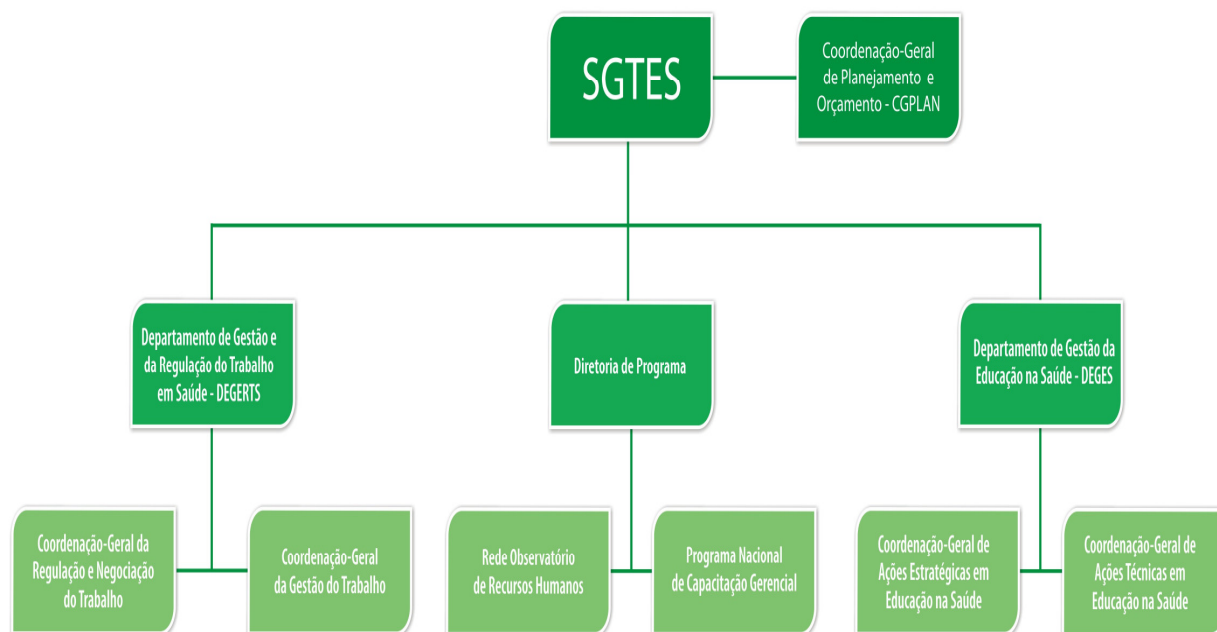
Quadro 3: Abordagens da Atenção Primária em Saúde - Declaração de Alma-Ata (Teixeira, 2005)

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária à Saúde	Ênfase
APS seletiva	Enfocam um número limitado de serviços para de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais ficaram conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF)	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção Primária	Refere-se ao ponto de entrada ao serviço de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum de cuidados primários em saúde nos países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde
APS “abrangente” de Alma-Ata	A Declaração define a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersectorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e auto-confiança; ação intersectorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretende alcançar melhoras em saúde	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Quadro 4: Principais diferenças entre a medicina do trabalho e a saúde do trabalhador, segundo categorias de análise selecionadas.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	MEDICINA DO TRABALHO	SAÚDE DO TRABALHADOR
CONCEPÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA	Doenças são causadas por agentes nocivos (equilíbrio/desequilíbrio)	Doenças são determinadas histórica e socialmente (processo)
AÇÃO PRINCIPAL	Diagnóstico e tratamento de doença (abordagem individual)	Promoção da saúde (abordagem coletiva)
CARÁTER PRINCIPAL DA AÇÃO	Técnico (“neutralidade da ciência”)	Técnico-político (“ciência não é neutra”)
PRINCIPAL ATOR SOCIAL	médico	Equipe de saúde (multiprofissional, interdisciplinar) trabalhadores
PAPEL DO TRABALHADOR	Passivo – objeto da ação	Ativo – sujeito do processo
PAPEL DO ESTADO	Estado-mínimo: modelo atenção-empresarial (Estado não desenvolve ações diretas, no máximo, normatiza (Min.Trabalho))	Estado forte/gestor público; modelo atenção-público (Estado, além de normatizar, desenvolve ações diretas, com controle social (SUS))

Fontes: adaptado de Nardi (1996); Oliveira e Menes (1995).



Fonte: extraído de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24799 em 04 de outubro de 2011

Gráfico 1: Organograma da organização de SGTES

Tabela 1: Critérios e valores para primeira distribuição de recursos do MS para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde. (Anexo 1 da Portaria 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004)

ANEXO I

Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Critérios e valores para Primeira Distribuição de Recursos do Ministério da Saúde para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde

Critérios para Alocação dos Recursos																	
UF / RP *	População dos Municípios em Gestão Plena (C1)		Equipe Saúde Família (C2)		Nº Conselheiros de Saúde (C3)		Concentração Equipamentos de Ensino*** (C4)		Unidades de Saúde ** (C5)		População Total 2002 (C6)		Cursos da Área da Saúde (C7)		Coeficiente Estadual - CE	Teto Recursos	
	Peso	Coef.	Nº ESF	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Pessoas	Coef.	Nº	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dist.
AC	1	0,016	87	0,005	1	0,016	2	0,126	117	0,005	586.942	0,003	10	0,004	0,027	1.073.636	2,68
AM	2	0,033	311	0,017	2	0,032	10	0,030	373	0,016	2.961.801	0,017	40	0,017	0,024	970.294	2,43
AP	2	0,033	34	0,002	1	0,016	3	0,085	179	0,008	516.511	0,003	4	0,002	0,024	944.645	2,36
PA	4	0,066	357	0,020	2	0,032	7	0,038	996	0,042	6.453.683	0,037	30	0,013	0,038	1.331.678	3,83
RO	3	0,049	112	0,006	1	0,016	9	0,032	663	0,028	1.431.777	0,008	18	0,008	0,024	949.015	2,37
RR	2	0,033	72	0,004	1	0,016	1	0,150	83	0,004	346.871	0,002	1	0,000	0,033	1.320.677	3,30
TO	2	0,033	278	0,015	2	0,032	8	0,034	78	0,003	1.207.014	0,007	21	0,009	0,021	846.161	2,12
N	16	0,262	1.251	0,069	10	0,151	40	0,495	2.489	0,106	13.504.599	0,077	124	0,054	0,191	7.636.106	19,09
AL	2	0,033	603	0,033	2	0,032	9	0,030	225	0,010	2.887.535	0,017	27	0,012	0,026	1.049.622	2,62
BA	2	0,033	1.003	0,055	2	0,032	24	0,015	2.120	0,090	13.323.212	0,076	69	0,030	0,047	1.892.435	4,73
CE	3	0,049	1.251	0,069	2	0,032	10	0,028	1.166	0,050	7.654.535	0,044	38	0,017	0,045	1.807.764	4,52
MA	3	0,049	673	0,037	3	0,048	6	0,044	1.064	0,045	5.803.224	0,033	26	0,011	0,042	1.670.153	4,18
PB	2	0,033	859	0,047	3	0,048	12	0,023	456	0,019	3.494.893	0,020	31	0,014	0,032	1.294.171	3,24
PE	2	0,033	1.195	0,066	3	0,048	19	0,018	903	0,038	8.084.667	0,046	42	0,018	0,041	1.637.554	4,09
PI	1	0,016	735	0,040	2	0,032	9	0,030	453	0,019	2.898.223	0,017	54	0,024	0,026	1.058.395	2,65
RN	2	0,033	536	0,029	2	0,032	6	0,044	586	0,025	2.852.784	0,016	21	0,009	0,030	1.188.198	2,97
SE	1	0,016	398	0,022	2	0,032	3	0,085	236	0,010	1.846.039	0,011	20	0,009	0,028	1.129.070	2,82
NE	18	0,295	7.253	0,398	21	0,339	98	0,318	7.209	0,306	48.845.112	0,280	328	0,143	0,318	12.777.362	31,82
DF	4	0,066	20	0,001	1	0,016	16	0,019	70	0,003	2.145.839	0,012	46	0,020	0,021	851.276	2,13
GO	2	0,033	841	0,046	3	0,048	15	0,019	434	0,018	5.210.335	0,030	54	0,024	0,033	1.315.424	3,29
MS	2	0,033	232	0,013	2	0,032	11	0,028	245	0,010	2.140.624	0,012	47	0,020	0,022	878.247	2,20
MT	2	0,033	359	0,020	2	0,032	6	0,044	586	0,025	2.604.742	0,015	27	0,012	0,028	1.110.020	2,78
CO	10	0,164	1.452	0,080	8	0,129	48	0,110	1.335	0,057	12.101.540	0,069	174	0,076	0,104	4.154.967	10,39
ES	4	0,066	326	0,018	2	0,032	15	0,019	654	0,028	3.201.722	0,018	53	0,023	0,032	1.264.021	3,16
MG	2	0,033	2.442	0,134	4	0,065	78	0,006	3.380	0,144	18.343.517	0,105	261	0,114	0,082	3.268.690	8,17
RJ	3	0,049	876	0,048	2	0,032	52	0,010	935	0,040	14.724.475	0,084	229	0,100	0,045	1.807.192	4,52
SP	4	0,066	2.017	0,111	4	0,065	185	0,005	2.511	0,107	38.177.742	0,219	649	0,283	0,098	3.908.499	9,77
SE	13	0,213	5.661	0,311	12	0,194	330	0,041	7.480	0,318	74.447.456	0,426	1.192	0,520	0,256	10.248.401	25,62
PR	1	0,016	1.129	0,062	4	0,065	49	0,010	1.844	0,078	9.798.006	0,056	201	0,088	0,049	1.944.154	4,86
RS	1	0,016	522	0,029	4	0,065	31	0,013	1.665	0,071	10.408.540	0,060	169	0,074	0,041	1.636.004	4,09
SC	2	0,033	949	0,052	3	0,048	22	0,014	1.500	0,064	5.527.707	0,032	105	0,046	0,041	1.655.233	4,14
S	4	0,066	2.600	0,143	11	0,177	102	0,037	5.009	0,213	25.734.253	0,147	475	0,207	0,131	5.235.392	13,09
BR	61	1,000	18.217	1,000	62	1,000	618	1,000	23.522	1,000	174.632.960	1,000	2.293	1,000	1,000	40.000.000	100,00

*** Instituições de Ensino com Curso de Saúde (MEC) + ETSUS + ESP - Inverso até o Limiteteto 0,0150

** Postos e Centros de Saúde

Formula Peso

$$20*(C1+C2)+15*(C3+C4+C5)+10*(C6)+5*(C7)$$

100

* UF = Unidade Federada e RP = Região Política

Calculo para nº Conselheiros/peso

$$0 - 1031 \quad 1 \quad 3461 - 5890 \quad 3$$

$$1032 - 3460 \quad 2 \quad 5891 \quad 4$$

Tabela 2: Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a alocação de recursos financeiros do Governo Federal para os Estados. (Anexo 2 da Portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004)

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): CE = $\frac{20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7}{100}$		100	100 %

Tabela 3: Distribuição dos pesos relativos dos critérios para a alocação de recursos financeiros do Governo Federal para os Estados e Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde (Anexo 1 da Portaria nº 1669 GM/MS, 20 de agosto de 2007)

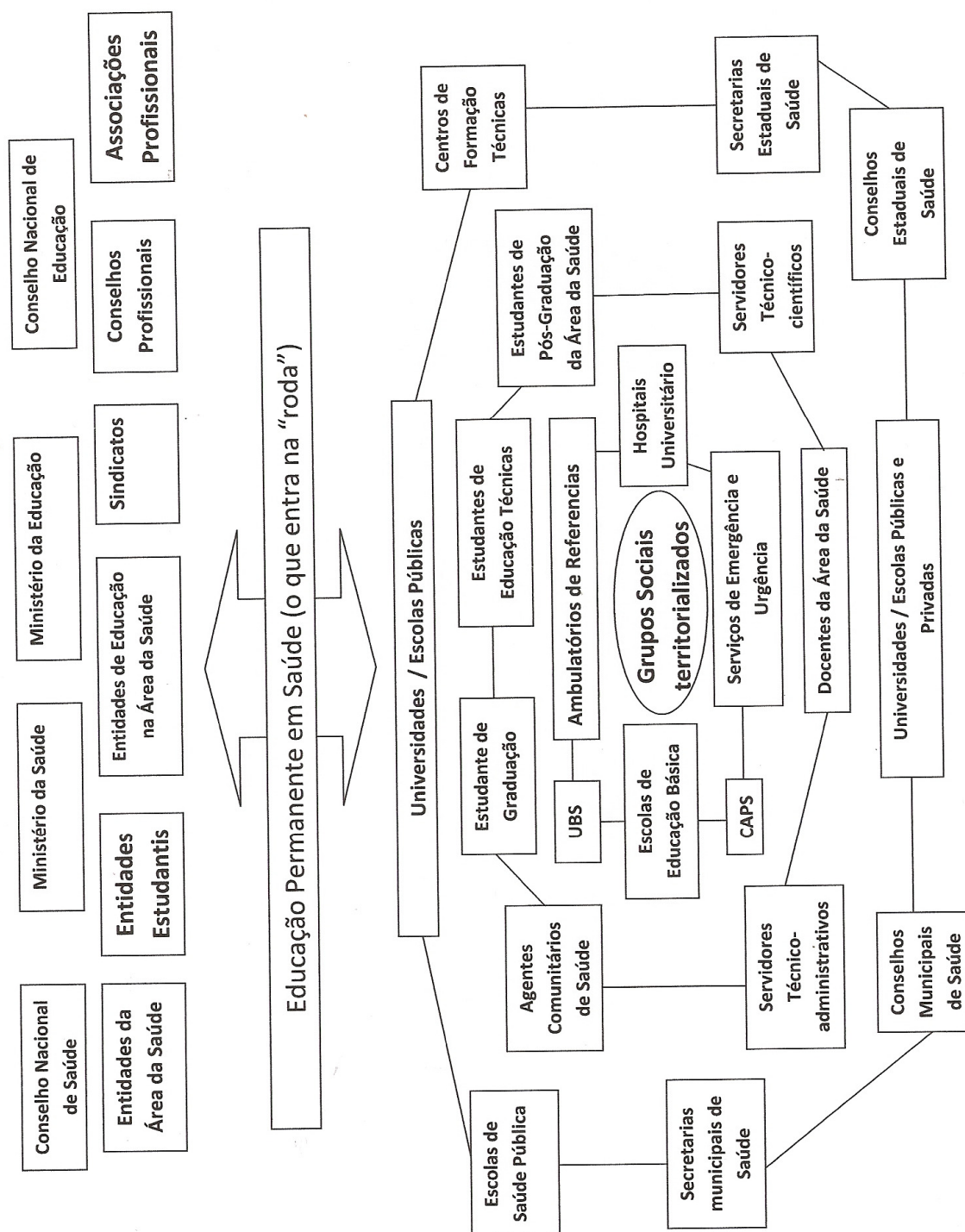
Impacto	Indicador Mensurável	Critério	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	Cobertura de Equipes de Saúde da Família	C1	10	30%
	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal	C2	10	
	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	C3	10	
Público Alvo e População	Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público)	C4	20	30%
	População Total do Estado	C5	10	
Iniquidades Regionais	IDH-M (por faixa)	C6	20	40%
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada	C7	20	
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100			100	100%

Tabela 4: Distribuição de recursos financeiros para os Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo Extraída da apresentação da Dra. Karina Barros Calife Batista, Pólo de Educação Permanente Grande São Paulo, 2004

DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS:	
	Recursos Alocados
Pólo Grande São Paulo	1.559.791,72
Pólo Noroeste Paulista	339.738,76
Pólo Nordeste Paulista	371.488,24
Pólo Leste Paulista	898.193,14
Pólo Oeste Paulista	312.359,06
Pólo Sudoeste Paulista	426.928,34
TOTAL	3.908.499,00

(fonte: Portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004)

Gráfico 2: A interinstitucionalidade na formação, atenção, gestão e controle social em saúde dos territórios



Fonte: Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. 2003

Tabela 5: Critérios e Valores para a distribuição do financiamento federal da Política Nacional de Educação permanente em Saúde. (Anexo 1 da Portaria nº 1669 GM/MS, 20 de agosto de 2007)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Critérios para Alocação dos Recursos

UF	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)		Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)		Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (C3)		Número de Profissionais de Saúde AMB-2005/IBGE (C4)		População Total - Estimativa 2005 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faixa	Concentração Equipamentos de Ensino (C7)		Coeficiente Estadual (CE)	Teto Recursos	
	Índice de Cobertura	Coef.	Índice de Cobertura	Coef.	Índice de Cobertura	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Nº	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dist.
	Alcance da Média			Alcance da Média		Alcance da Média										
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,048	29,13	0,59	0,024	4,157	0,003	0,004	4,157	0,042	1.456.332,13	4,15
AM	43,8	0,73	0,028	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24,918	0,015	0,003	24,918	0,028	987.786,20	2,55
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,66	0,028	32,46	0,53	0,026	4,112	0,003	0,003	4,112	0,031	1.100.604,28	3,14
PA	31,1	0,52	0,021	20,6	0,33	0,014	28,13	0,56	0,023	30,821	0,019	0,003	30,821	0,031	1.049.393,32	3,00
RO	38,3	0,64	0,025	36,9	0,61	0,026	48,00	0,56	0,039	9,523	0,006	0,003	9,523	0,042	844.882,02	2,70
RR	75,3	1,26	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4,027	0,002	0,003	4,027	0,027	1.453.131,27	4,15
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	26,27	0,53	0,021	9,865	0,006	0,003	9,865	0,034	1.168.217,05	3,39
MT	42,5	0,75	0,025	38,0	0,61	0,028	48,00	0,56	0,039	9,523	0,006	0,003	9,523	0,031	8.098.466,28	23,14
AL	66,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22,854	0,014	0,003	22,854	0,041	1.423.197,96	4,07
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91,386	0,056	0,003	91,386	0,043	1.516.774,69	4,33
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,055	49,326	0,030	0,003	49,326	0,042	1.467.782,86	4,19
MA	76,6	1,28	0,051	70,8	1,17	0,050	43,86	0,87	0,035	28,959	0,018	0,003	28,959	0,041	1.460.990,75	4,17
PB	52,7	0,85	0,031	52,1	0,84	0,031	52,1	0,84	0,031	27,991	0,017	0,003	27,991	0,041	1.449.428,90	4,14
PE	62,1	1,03	0,041	57,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	68,469	0,042	0,003	68,469	0,036	1.261.259,25	3,58
PI	96,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,066	52,70	1,05	0,043	20,062	0,012	0,003	20,062	0,039	1.338.316,03	3,98
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,066	57,49	1,15	0,047	26,817	0,018	0,003	26,817	0,043	1.512.872,56	4,32
SE	60,9	0,85	0,034	60,9	0,85	0,034	60,9	0,85	0,034	60,9	0,034	0,003	60,9	0,060	1.742.827,76	4,98
NE	67,1	1,08	0,043	67,1	1,08	0,043	67,1	1,08	0,043	67,1	0,043	0,003	67,1	0,377	33.490.550,74	37,69
DF	3,5	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,49	0,21	0,008	34,473	0,021	0,003	34,473	0,015	619.357,89	1,48
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41,512	0,026	0,003	41,512	0,026	910.008,33	2,60
MS	46,6	0,83	0,033	46,6	0,83	0,033	46,6	0,83	0,033	21,560	0,013	0,003	21,560	0,027	655.924,32	2,73
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,033	66,50	1,33	0,054	21,122	0,013	0,003	21,122	0,027	655.924,32	2,73
CO	44,6	0,75	0,025	44,6	0,75	0,025	44,6	0,75	0,025	118,857	0,073	0,003	118,857	0,028	990.439,74	2,63
ES	45,1	0,75	0,025	44,1	0,73	0,031	35,08	0,72	0,029	32,200	0,020	0,003	32,200	0,096	3.375.302,29	9,64
MG	58,4	0,97	0,039	58,4	0,97	0,039	58,4	0,97	0,039	175,906	0,108	0,003	175,906	0,025	665.411,56	2,48
RJ	28,5	0,48	0,019	16,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190,796	0,118	0,003	190,796	0,049	1.707.026,91	4,88
SP	22,8	0,38	0,015	12,9	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415,060	0,256	0,003	415,060	0,043	1.496.702,27	4,26
SE	33,8	0,55	0,021	21,5	0,33	0,014	28,13	0,56	0,023	30,821	0,019	0,003	30,821	0,082	2.871.103,37	8,20
PR	46,0	0,80	0,032	46,0	0,76	0,033	52,95	1,05	0,043	87,513	0,054	0,003	87,513	0,198	6.941.244,11	19,83
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,43	0,059	108,203	0,067	0,003	108,203	0,034	1.205.900,30	3,45
SC	63,2	1,05	0,042	46,3	0,77	0,039	62,94	1,26	0,051	52,953	0,037	0,003	52,953	0,034	1.195.587,82	3,42
S	44,2	0,75	0,025	44,2	0,75	0,025	44,2	0,75	0,025	248,669	0,153	0,003	248,669	0,028	691.540,46	2,53
BR	60,0	0,85	0,034	60,0	0,85	0,034	60,0	0,85	0,034	1.622,061	1,000	0,003	1.622,061	0,997	33.994.098,38	97,70
		25,23	1,000		23,41	1,000	50,00	24,70	1,000					1,000	35.000.000,00	100,00

C1, C2 e C3 = Alcance da Média/Índice de Cobertura Estadual/Media Nacional)

C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil

C6 = Peso/Idade (IDH-M)

C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino

Coefficiente Estadual = ((C1+C2+C3)+(C4+C5+C6+C7))/100

Faixa IDH-M: 1. IDH-M < 0,70

2. 0,70 < IDH-M < 0,75

3. 0,75 < IDH-M < 0,77

4. IDH-M > 0,77

C1, C2 e C3 = Alameda da Vida (Índice de Cobertura Estadual/Méda Nacional)
C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil
C6 = Peso (IDH-M)
C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino
Coeficiente Estadual = $\frac{C1 \times C2 \times C3 \times C4 \times C5 \times C6 \times C7}{100}$

Faixa IDH-M: 1. IDH-M ≥ 8
2. 0,79 $\leq$ IDH-M $< 0,76$
3. 0,75 $\leq$ IDH-M $< 0,71$
4. IDH-M $\leq 0,7$

Tabela 6: Critérios e Valores para a distribuição do financiamento federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Educação profissional de Nível Técnico. (Anexo 1 da Portaria nº 1669 GM/MS, 20 de agosto de 2007)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Educação Profissional de Nível Técnico

Critérios para Alocação dos Recursos																										
UF	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Primária - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde ANS-2005/3CE (C4)			População Total - Estimativa 2005 (C5)			IDM-2000 (C6) - Por Faltas			Equipamento de Ensino			Concentração de Ensino		Coeficiente de Ensino (CE)	Total Recursos	
	Índice de Cobertura	Alocação da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alocação da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alocação da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Inverso	Coef.	Coef.	Em R\$ 1,00	% Dist.			
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,048	29,13	0,58	0,024	4,157	0,003	899,652	0,004	4	0,055	5	0,200	0,093	0,042	2,081,045,90	4,16					
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,19	0,007	24,918	0,015	3,311,026	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,028	1,296,851,71	2,55					
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,68	0,028	32,48	0,65	0,026	4,112	0,003	615,715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,056	0,031	1,572,291,82	3,14					
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,34	0,014	28,13	0,58	0,023	30,821	0,019	7,110,465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1,459,133,32	3,05					
RO	38,3	0,64	0,028	36,9	0,61	0,026	46,00	0,96	0,039	9,823	0,006	1,562,417	0,008	3	0,041	12	0,083	0,039	0,027	1,349,417,18	2,70					
RR	75,3	1,28	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	403,344	0,002	2,403,441	0,007	3	0,041	4	0,250	0,118	0,042	2,075,901,82	4,15					
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	26,27	0,53	0,021	9,865	0,006	1,332,441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,051	0,034	1,694,935,79	3,35					
N	68,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22,854	0,014	15,022,050	0,030	4	0,055	9	0,111	0,051	0,041	11,569,237,64	23,14					
BA	50,8	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91,385	0,056	13,950,146	0,075	4	0,055	35	0,029	0,013	0,043	2,166,830,98	4,33					
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	87,54	1,35	0,055	49,326	0,030	8,217,536	0,044	4	0,055	17	0,059	0,027	0,042	2,096,832,65	4,13					
MA	76,8	1,28	0,051	70,0	1,17	0,050	43,66	0,87	0,035	28,959	0,018	6,184,598	0,033	4	0,055	9	0,111	0,051	0,042	2,085,843,93	4,17					
PE	92,7	1,55	0,061	92,1	1,54	0,060	81,42	1,63	0,066	27,991	0,017	8,202,215	0,019	4	0,055	16	0,063	0,028	0,041	2,070,612,72	4,14					
PB	62,1	1,03	0,041	57,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	68,459	0,042	3,623,603	0,046	3	0,041	24	0,042	0,019	0,038	1,801,798,92	3,60					
PI	98,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,065	82,70	1,05	0,043	20,962	0,012	3,035,200	0,016	4	0,055	15	0,067	0,031	0,039	1,840,451,47	3,85					
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,065	57,49	1,15	0,047	28,817	0,018	3,043,760	0,016	3	0,041	7	0,143	0,068	0,043	2,158,389,38	4,32					
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,05	0,067	15,698	0,010	2,000,738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	2,499,753,92	4,98					
NE	87,9	1,55	0,063	69,7	1,35	0,053	82,47	1,05	0,067	15,698	0,010	2,000,738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	2,499,753,92	4,98					
DF	3,3	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,49	0,21	0,008	34,473	0,021	51,609,027	0,276	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	18,843,843,92	37,69					
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41,512	0,026	5,730,763	0,031	2	0,027	34	0,029	0,014	0,028	1,300,011,80	2,60					
MS	49,6	0,83	0,033	69,5	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21,850	0,013	2,297,981	0,012	2	0,027	15	0,067	0,031	0,027	1,365,606,18	2,74					
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,035	68,50	1,33	0,054	21,122	0,013	2,859,999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,031	0,028	1,414,915,91	2,82					
CO	44,6	0,75	0,030	45,5	0,76	0,031	68,50	1,33	0,054	21,122	0,013	13,269,537	0,071	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	4,822,471,84	9,64					
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	36,08	0,72	0,029	32,200	0,023	3,464,285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,022	0,025	1,237,730,79	2,45					
MG	58,4	0,97	0,038	39,5	0,68	0,028	45,18	0,90	0,037	175,006	0,108	19,479,356	0,104	2	0,027	109	0,009	0,004	0,049	2,438,609,88	4,88					
RJ	25,5	0,48	0,019	16,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190,796	0,118	15,551,720	0,083	1	0,014	51	0,029	0,009	0,043	2,138,146,10	4,28					
SP	22,8	0,36	0,015	12,5	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415,960	0,236	41,055,734	0,220	1	0,014	181	0,006	0,003	0,082	4,101,575,24	8,20					
SE	33,6	0,55	0,021	21,5	0,38	0,015	813,962	0,502	0,502	79,561	0,055	79,561,075	0,426	1	0,014	181	0,006	0,003	0,082	9,916,063,91	19,83					
PR	45,0	0,80	0,032	46,6	0,78	0,033	52,95	1,05	0,043	87,513	0,054	10,387,378	0,056	2	0,027	50	0,020	0,009	0,034	1,722,714,71	3,45					
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108,203	0,067	10,963,219	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1,709,382,81	3,42					
SC	63,2	1,05	0,042	46,3	0,77	0,033	62,94	1,26	0,051	52,953	0,033	5,959,260	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,026	1,416,466,37	2,83					
IS	44,2	0,75	0,030	36,6	0,60	0,023	24,79	0,50	0,020	24,79	0,010	2,000,738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	2,499,753,92	4,98					
BR	60,0	25,23	1,000	60,0	23,44	1,000	50,00	24,70	1,000	1,622,561	1,000	186,770,462	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	50,000,000,00	100,00					

C1, C2 e C3: Alíquota da Meta/Índice de Cobertura Estadual/Meta Nacional

C4 e C5 = População Estadual (nº/População Total Brasil)

C6 = Peso/Spazio (IDH-M)

C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino

Coeficiente Estadual = $\{10 \cdot C1 + 10 \cdot C2 + 10 \cdot C3 + 20 \cdot C4 + 10 \cdot C5 + 10 \cdot C6 + 20 \cdot C7\} / 100$

Faixa IDH-M: 1. IDH-M = 8
2. 0,79 = IDH-M = 0,76
3. 0,75 = IDH-M = 0,71
4. IDH-M = 0,7

Quadro 5: Relatório de Gestão 2009, da SGTES

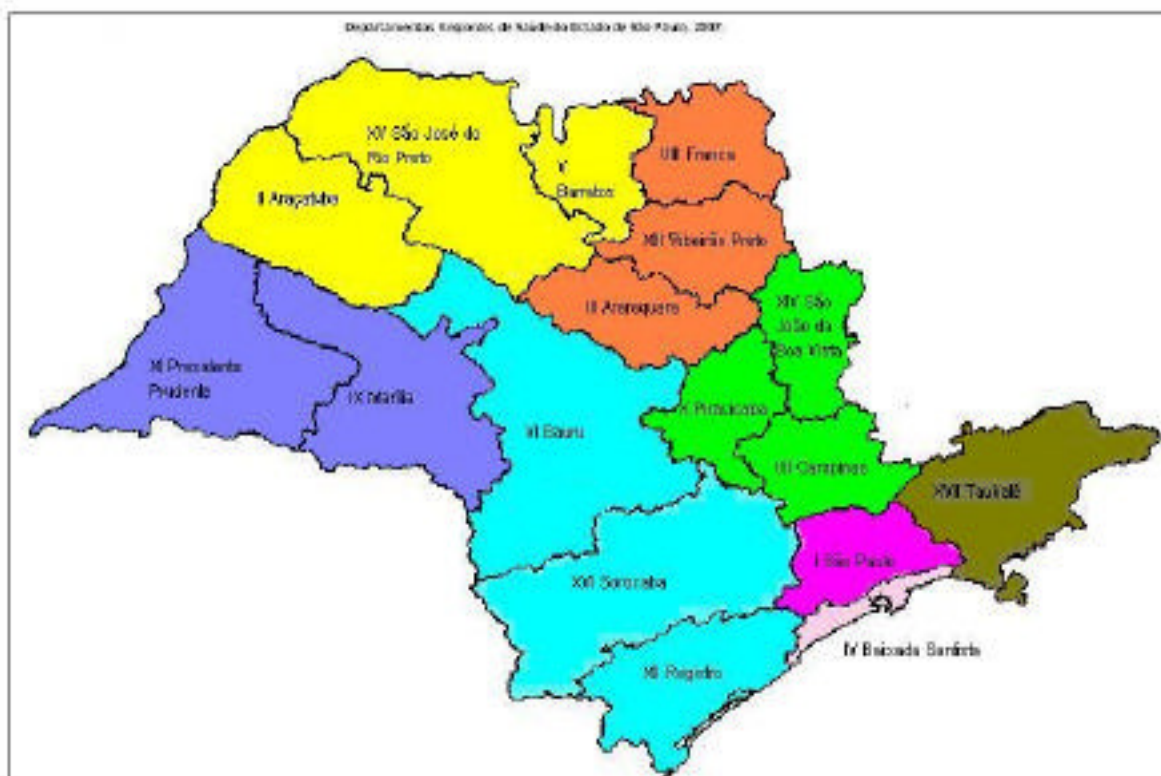
UF	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL (R\$)	EDUCAÇÃO PERMANENTE (R\$)
Acre	1.949.001,75	1.364.301,23
Alagoas	2.163.206,25	1.514.244,37
Amapá	1.601.063,73	1.120.744,61
Amazonas	1.220.379,31	854.265,52
Bahia	2.155.044,93	1.508.531,45
Ceará	1.986.983,57	1.390.888,50
Distrito Federal	815.771,46	571.040,02
Espírito Santo	1.110.476,06	777.333,24
Goiás	1.171.913,58	820.339,50
Maranhão	2.216.006,19	1.551.204,34
Mato Grosso	1.479.218,28	1.035.452,80
Mato Grosso do Sul	1.265.552,32	885.886,62
Minas Gerais	2.333.424,80	1.633.397,36
Pará	1.633.958,63	1.143.771,04
Paraíba	1.988.316,50	1.391.821,55
Paraná	1.594.000,21	1.115.800,15
Pernambuco	1.899.072,58	1.329.350,81
Piauí	1.992.392,23	1.394.674,56
Rio de Janeiro	2.154.367,03	1.508.056,92
Rio Grande do Norte	2.152.131,27	1.506.491,89
Rio Grande do Sul	1.725.816,10	1.208.071,27
Rondônia	1.366.577,40	956.604,18
Roraima	2.159.056,94	1.511.339,86
Santa Catarina	1.456.189,10	1.019.332,37
São Paulo	4.098.603,78	2.869.022,64
Sergipe	2.437.718,27	1.706.402,79
Tocantins	1.873.757,74	1.311.630,42

Fonte: Relatório da SGTES de 2004

Quadro 6: Distribuição dos CIES no Estado de São Paulo

Síntese da Distribuição dos CIES do Estado de São Paulo	
CIES Grande São Paulo	DRS I 07 CGR 39 Municípios
CIES Baixada Santista	DRS 01 CGR 09 municípios
CIES Leste Paulista	DRS VII Campinas 04 CGR 42 municípios DRS Piracicaba 04 CGR 26 municípios DRS S J Boa Vista 03 CGR 20 municípios
CIES Oeste Paulista	DRS IX Marília 05 CGR 62 municípios DRS P Prudente 05 CGR 45 municípios
CIES Nordeste Paulista	DRS Araraquara 04 CGR 25 municípios DRS Franca 03 CGR 22 município DRS Ribeirão Preto 03 CGR 25 municípios
CIES Noroeste Paulista	DRS Araçatuba 03 CGR 30 municípios DRS Barretos 02 CGR 19 municípios DRS S J Rio Preto 07 CGR 101 municípios
CIES Sudoeste Paulista	DRS Bauru 05 CGR 68 municípios DRS Registro 01 CGR 15 municípios DRS Sorocaba 03 CGR 48 municípios
CIES Vale do Paraíba	DRS XVII Taubaté 04 CGR 39 municípios

Fonte de dados: Diretrizes para Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo - Plano Estadual de educação permanente em saúde – documento norteador elaborado por representantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do COSEMS. 2007



Fonte de dados: Diretrizes para Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo - Plano Estadual de educação permanente em saúde – documento norteador elaborado por representantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do COSEMS. 2007

Gráfico 3: Mapa dos CIES do Estado de São Paulo

Quadro 7: Composição dos CIES do Estado de São Paulo

Colegiados de Gestão Regional Grande São Paulo	CIES Região Metropolitana Grande São Paulo Municípios
Alto do Tiete (10 municípios) R\$209.922,20	Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Suzano.
Franco da Rocha (5 municípios) R\$75.286,23	Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha, Mairiporã.
Guarulhos (1 município) R\$181.071,63	Guarulhos
Mananciais (oito municípios) R\$138.207,93	Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Jiquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista
Rota dos Bandeirantes (7 municípios) R\$253.884,96	Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba,
ABC Paulista (7 municípios) R\$359.945,13	Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul,
São Paulo (1 município) R\$1.529.354,66	São Paulo

03 Colegiados de Gestão Regional DRS II - Araçatuba	CIES Noroeste Paulista Municípios do DRS II Araçatuba
Central (11 municípios) R\$79.173,43	Araçatuba, Auriflama, Bento de Abreu, Bilac, Guararapes, Guzolândia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Rubiácea, Santo Antônio do Aracan, Valparaíso
Dos Lagos (12 municípios) R\$53.026,51	Andradina, Castilho, Guaraçaí, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Sud Mennucci, Suzanópolis
Leste (17 municípios) R\$71.387,55	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Birigui, Braúma, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Lourdes, Luiziânia, Penápolis, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba

04 Colegiados de Gestão Regional DRS II Araraquara	CIES Nordeste Paulista Municípios do DRS II Araraquara
RG 1 (8 Municípios) R\$58.318,48	Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia, Itrabiju.
RG 2 (5 Municípios) R\$27.671,67	Borborema, Ibitinga, Itápolis, Nova Europa, Tabatinga.
RG 3 (5 Municípios) R\$31.301,20	Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina, Taquaritinga.
RG 4 (7 Municípios) R\$81.186,03	Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, São Carlos.

Colegiados de Gestão Regional – DRS IV Baixada Santista	CIES Baixada Santista Municípios – DRS IV Baixada Santista
Baixada (9 Municípios) R\$331.092,96	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente.

Colegiados de Gestão Regional DRS V Barretos	CIES Noroeste Paulista Municípios – DRS V Barretos
Norte - Barretos (11 Municípios) R\$77.925,52	Altair, Barretos, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Olímpia, Severínia.
Sul – Barretos (8 Municípios) R\$43.221,99	Bebedouro, Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto.

Colegiados de Gestão Regional – DRS VI Bauru	CIES Sudoeste Paulista Municípios – DRS VI Bauru
Avaré (17 Municípios) R\$62.889,96	Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá
Bauru (18 Municípios) R\$134.175,00	Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabralia, Duartina, Iacanga, Lençõs Paulista, Lucinópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis
Botucatu (13 Municípios) R\$60.904,69	Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, S Manoel, Torre de Pedra
Jaú (12 Municípios) R\$71.398,53	Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Igarau do Tiete, Itaju, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tiete, Torrinha
Lins (8 Municípios) R\$34.213,13	Cafelândia, Getulina, Guaiçara, Lins, Pongaí, Pomissão, Sabino, Uru.

Colegiados de Gestão Regional Colegiados de Gestão Regional DRS VII Campinas	CIES Leste Paulista Municípios – DRS VII Campinas
Bragança (11 Municípios) R\$96.895,53	Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Joanópolis, Nazaré Paulista, Pedra Bela, Pinhalzinho, Piracaia, Socorro, Tuiuti, Vargem.
Campinas (11 Municípios) R\$376.810,93	Águas de Lindóia, Amparo, Campinas, Indaiatuba, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Pedreira, Serra Negra, Valinhos, Vinhedo.
Jundiaí (9 Municípios) R\$181.459,09	Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Itatiba, Itupeva, Jarinú, Jundiaí, Louveira, Morungaba, Várzea Paulista.
Oeste (11 Municípios) R\$260.353,77	Americana, Artur Nogueira, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Jaguariúna, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré

Colegiados de Gestão Regional DRS VIII Franca	CIES Nordeste Paulista Municípios DRS VIII Franca
Franca (10 Municípios) R\$83.621,27	Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista
Ituverava (6 Municípios) R\$24.566,06	Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava, Miguelópolis
São Joaquim da Barra (6 Municípios) R\$30.284,87	Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra

Colegiados de Gestão Regional – DRS IX Marília	CIES Oeste Paulista Municípios DRS IX Marília
Adamantina (10 Municípios) R\$43.921,77	Adamantina, F Paulista, Inúbia Paulista, Lucélia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres, Salmourão.
Assis (13 Municípios) R\$88.320,99	Assis, Borá, C Mota, Cruzália, Florínia, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas, Paulista, Platina, Tarumã
Marília (19 Municípios) R\$135.510,10	de Carvalho, Alvinlândia, C N Paulista, Echaporã, Fernão, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, J Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaçu, Oriente, O Bressane, Pompéia, Quintana, Ubirajara, Vera Cruz
Ourinhos (12 Municípios) R\$82.007,45	Campos, Canitar, Espírito Santo do Turvo, Ipauçu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz Rio Pardo, S Pedro do Turvo, Timburi, Chavantes
Tupã (8 Municípios) R\$46.821,31	Arco-Íris, Bastos, Herculanópolis, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã

Colegiados de Gestão Regional DRS X Piracicaba	CIES Leste Paulista Municípios DRS X Piracicaba
Araras (5 Municípios) R\$71.946,11	Araras, Conchal, Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição
Coleste (5 Municípios) R\$77.946,47	Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Iracemápolis, Limeira
Oeste (11 Municípios) R\$124.215,47	Águas de São Pedro, Charqueada, Piracicaba, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra, São Pedro, Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Rafard
Rio Claro (6 Municípios) R\$56.323,62	Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro, Santa Gertrudes

Colegiados de Gestão Regional DRS XI P Prudente	CIES Oeste Paulista Municípios DRS XI P Prudente
Alta Paulista (12 Municípios) R\$42.531,92	Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes, São J do Pau d'Alho, Tupi Paulista
Alta Sorocabana (19 Municípios) R\$140.301,26	Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Emilianópolis, Estrela do Norte, Indiana, Martinópolis, Narandiba, Pirapozinho, P Bernardes, Presidente Prudente, Regente Feijó, R dos Índios, Sandovalina, Santo Anastácio, Santo Expedito, Taciba, Tarabai
Alto Capivari (5 Municípios) R\$20.289,10	Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, Rancharia
Extremo Oeste Paulista (5 Municípios) R\$34.100,54	Caiuá, Marabá Paulista, Piquerobi, Presidente Epitácio, Presidente Wenceslau
Pontal do Paranapanema (4 Municípios) R\$27.583,68	Euclides da Cunha Paulista, Mirante do Paranapanema, Rosana, Teodoro Sampaio

Colegiados de Gestão Regional DRS XII Registro	CIES Sudoeste Paulista Municípios - DRS XII Registro
Registro (15 Municípios) R\$67.069,61	Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro, Sete Barras

Colegiados de Gestão Regional DRS XIII Ribeirão Preto	CIES Nordeste Paulista Municípios DRS XIII Ribeirão Preto
Região A. R. Preto (9 Municípios) R\$79.716,71	Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Ponta, Pradópolis, Sertãozinho
Região B. R. Preto (9 Municípios) R\$153.561,34	Cravinhos, Guataporá, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana
Região C. R. Preto (7 Municípios) R\$26.537,5	Altinópolis, Batatais, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antônio da Alegria

Colegiados de Gestão Regional DRS XIV São João da Boa Vista	CIES Leste Paulista Municípios DRS XIV São João da Boa Vista
Baixada Mogiana (4 Municípios) R\$73.907,70	Itapira, Moji-Guaçu, Moji-Mirim, Estiva Gerbi
Mantiqueira (8 Municípios) R\$61.934,02	Aguaí, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, Tambaú, Vargem Grande do Sul.
Rio Pardo (8 Municípios) R\$51.081,91	Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tapiratiba.

Colegiados de Gestão Regional DRS XV São José do Rio Preto	CIES Noroeste Paulista Municípios DRS XV São José do Rio Preto
Engenho dos 18 (18 Municípios) R\$82.940,86	Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novais, N Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, S Adélia, Tabapuã, Urupês
Grandes Lagos (6 Municípios) R\$12.604,50	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste, Três Fronteiras
GXVI (16 Municípios) R\$30.010,00	. Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santana da Ponte, Pensa, Santa Salete, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil
MIS 13 (13 Municípios) R\$32.003,77	Estrela d'Oeste, Fernandópolis, Guarani d'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São J das Duas Pontes, São J de Iracema, Turmalina
Norte – SJRP (21 Municípios) R\$192.898,75	Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, Gastão Vidigal, Guapiaçu, Ibirá, Icem, Ipiguá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, S J do Rio Preto, Tanabi, Uchôa
Sul – SJRP (11 Municípios) R\$24.920,71	Adolfo, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoã, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista, Zacarias
Votuporanga (16 Municípios) R\$50.927,56	Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, General Salgado, Macaúbal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil, Votuporanga

Colegiado de Gestão Regional DRS XVI Sorocaba	CIES Sudoeste Paulista Municípios DRS XVI Sorocaba
Itapetininga (11 Municípios) R\$87.765,39	Alambari, Angatuba, Campina do Monte Alegre, Cerquilha, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, Quadra, São Miguel Arcanjo, Sarapuí, Tatuí
Itapeva (17 Municípios) R\$76.616,42	Apiáí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Capão Bonito, Guapiara, Itaberá, Itaóca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Riversul, Taquarivaí
Sorocaba (20 municípios) R\$340.803,54	Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumiirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê, Votorantim.

Colegiado de Gestão Regional DRS XVII Taubaté	CIES Vale do Paraíba Municípios DRS XVII Taubaté
Alto Vale do Paraíba (8 Municípios) R\$222.293,12	Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos.
Guaratinguetá (17 Municípios) R\$104.585,71	Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro, Silveiras.
Litoral Norte (4 Municípios) R\$66.240,03	Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião, Ubatuba
V. Paraíba/R. Serrana (10 Municípios) R\$127.853,94	Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, S Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luís do Paraitinga, Taubaté, Tremembé.

Fonte de dados: Diretrizes para Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo - Plano Estadual de educação permanente em saúde – documento norteador elaborado por representantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do COSEMS. 2007

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional - Rio Claro
e
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional - Piracicaba



Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (<http://www.saude-rioclaro.org.br/crst/ast.html>), 2004

Gráfico 4: Mapa dos municípios da abrangência dos CRSTs (atuais CERESTs) de Piracicaba e Rio Claro