

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho
Mestrado em Administração Pública

Ana Beatriz Mendes Bartoli

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: um olhar sobre a
formação e a capacitação dos servidores da saúde pública

Belo Horizonte
2025

Ana Beatriz Mendes Bartoli

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: um olhar sobre a formação e a capacitação dos servidores da saúde pública

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Ricardo Carneiro

Belo Horizonte
2025

B292e Bartoli, Ana Beatriz Mendes.
A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: um olhar sobre a formação e a capacitação dos servidores da saúde pública / Ana Beatriz Mendes Bartoli. – 2025.
102 f. ; il.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Carneiro.

Bibliografia: f. 92-102

1. Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasil. 2. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. 3. Formação profissional. 4. Ensino a distância.

CDU 614:37(815.1)



ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTADO, INSTITUIÇÕES E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
TURMA M-2023/2025**

Aos vinte e seis dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco, foi realizada a defesa pública da dissertação intitulada **“A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: um olhar sobre a formação e capacitação dos servidores públicos da saúde pública”**, elaborada por **ANA BEATRIZ MENDES BARTOLI**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Administração Pública, Área de Concentração: Estado, Instituições e Gestão de Políticas Públicas, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho-EG, da Fundação João Pinheiro – FJP. Após a apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelos membros da Comissão Examinadora composta pelos professores: Doutor Ricardo Carneiro (FJP) – Orientador, Doutora Flávia de Paula Duque Brasil (FJP) – Avaliadora e Doutora Lucília Nunes de Assis (ESP-MG) – Avaliadora. A Comissão Examinadora reuniu-se para deliberar e considerando que a dissertação atende aos requisitos técnicos e acadêmicos previstos na legislação do Programa, decidiu por unanimidade pela sua **APROVAÇÃO**.


Doutor Ricardo Carneiro (FJP) - Orientador


Doutora Flávia de Paula Duque Brasil (FJP) – Avaliadora


Doutora Lucília Nunes de Assis (ESP-MG) – Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Após noites mal dormidas, muita dedicação e apoio de diversas pessoas, concluo o mestrado.

Agradeço:

A Deus e a Nossa Senhora pela força e pela saúde de cada dia.

Ao Prof. Ricardo pela paciência, pela dedicação e por compartilhar comigo seus conhecimentos.

A minha família pelo apoio e compreensão.

Aos professores pela dedicação e pelo incentivo.

À Coordenação do Mestrado pela dedicação e pelo carinho.

Aos amigos pela força, pela escuta, pelo incentivo, pelo carinho e por estarem sempre comigo, em especial ao Agnes, ao Allan, à Carolina, à Dinese, ao Heitor, à Júlia, à Kamila, à Kelly, ao Max e à Rosânia.

Aos colegas de curso pelo apoio e pelo aprendizado, em especial ao Bruno Reis. À ESP-MG por toda atenção, aos colegas de trabalho pelas demonstrações de carinho e pelo apoio, em especial às minhas chefias pela compreensão e à equipe da Biblioteca sempre tão atenciosa.

RESUMO

A capacitação profissional é fundamental para a realização de um trabalho de qualidade. As escolas de governo trazem grande contribuição para a formação dos profissionais do setor público. A saúde pública é uma das áreas que demanda um constante aprimoramento, diante do cenário complexo em que se encontra. Frente a essa situação, foi instituída, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) pela qual entende-se que o aprendizado ocorre no dia a dia, no local de trabalho, mas reconhece, também, as formações em cursos formais e, para eles, recorre a instituições de ensino, incluindo as escolas de governo. A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) é uma dessas instituições e promove, desde sua criação, cursos para os profissionais da saúde pública. A presente pesquisa consiste em um estudo de caso a respeito da ESP-MG, destacando dois pontos de observação, que são a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças que trouxe para a trajetória da ESP-MG e o uso da modalidade Educação à distância (EaD) para o desenvolvimento de suas atividades de capacitação. O que se pode perceber é o rápido incremento do número de capacitados nos anos mais recentes, o que revela o potencial da EaD para o desenvolvimento de suas atividades e sinaliza, ao mesmo tempo, para sua consolidação no âmbito da instituição como um meio de aumentar sua capilaridade.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Educação à distância.

ABSTRACT

Professional training is essential for quality work. Government Schools make a major contribution to the training of professionals in the public sector. Public health is one of the areas that demands constant improvement, given the complex scenario in which it finds itself. In light of this situation, the National Policy for Continuing Education in Health was established in 2004, which understands that learning occurs on a daily basis, in the workplace, but also recognizes training in formal courses and, for this purpose, uses educational institutions, including Government Schools. The Minas Gerais State School of Public Health (ESP-MG) is one of these institutions and has been offering courses for public health professionals since its creation. This research consists of a case study on ESP-MG, highlighting two points of observation, which are the creation of the SUS and the changes it brought to the trajectory of ESP-MG and the use of Distance Education for the development of its training activities. What can be seen is the rapid increase in the number of trained people in recent years, which, at the same time, reveals the potential of distance learning for the development of its activities and signals its consolidation within the institution as a means of increasing its capillarity.

Keywords: Unified Health System; Minas Gerais State School of Public Health; Distance Education.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

Abed	Associação Brasileira de Educação à distância
ABT	Associação Brasileira de Tecnologia Educacional
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AGE MG	Advocacia-Geral do Estado de Minas Gerais
Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AIS	Ações Integradas de Saúde
Alames	Associação Latino-Americana de Medicina Social
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BH	Belo Horizonte
CA	Centro de Aperfeiçoamento
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Cultura Digital
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
Cefor	Centros de Formação de Recursos Humanos
Ceme	Central de Medicamentos
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRH/Ipea	Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conprof	Sistema de Informações sobre os Conselhos Profissionais
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Covid-19	Coronavirus <i>disease</i> 2019
CRTS	Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
Dataprev	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EaD	Educação à distância
EC	Emenda Constitucional
EG	Escola de Governo
ENA	École Nationale D'administration
EPS	Educação Permanente em Saúde
ERE	Ensino Remoto Emergencial
ESPII	Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESP-MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Etc.	<i>Et coetera</i> (e outras coisas)
ET-SUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FGV	Fundação Getúlio Vargas
Fhemig	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fsesp	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
Funabem	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Funed	Fundação Ezequiel Dias
Hemobrás	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

Hemominas	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IA	Inteligência Artificial
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
lapas	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IES	Instituição de Ensino Superior
IFMG	Instituto Federal de Minas Gerais
IMS/Uerj	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inca	Instituto Nacional de Câncer
Inforsus	Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Insp	Instituto Nacional da Função Pública
Into	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
lpae	Instituto de Pesquisas e Administração da Educação
ITS	<i>Intelligent Tutoring Systems</i> (Sistemas de Tutoria Inteligentes)
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional no Brasil
Mare	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MES	Ministério da Educação e Saúde
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MG	Minas Gerais
MNP-SUS	Mesas de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
MOOC	<i>Massive Open Online Course</i> (Cursos <i>Online</i> Aberto e Massivo)
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPMG	Ministério Público de Minas Gerais
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

NPM	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEEPS	Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde,	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Pnaisp	Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDP	Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde
PPREPS/Opas	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde
Proapu	Programa de Apoio ao Usuário
Proeps – SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
RedEscola	Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RNEG	Rede Nacional de Escolas de Governo
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online

Segu	Sistema de Escolas de Governo da União
Sejusp MG	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais
Seplag MG	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais
SES MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Sinpas	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Suds	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
TDIC	Tecnologias Digitais de Informação e de Comunicação
TIC	Tecnologias da Informação e da Comunicação
TJMG	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UAM	Universidade Autônoma do México
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	23
2.1 Da vinda da família real para o Brasil à Primeira República.....	23
2.2 Da Era Vargas à ditadura militar.....	27
2.3 Centralização política e esboço da construção do Sistema Único de Saúde (SUS)	39
2.4 Sistema Único de Saúde (SUS)	39
3 AS ESCOLAS DE GOVERNO E A EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA (EaD) NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	477
3.1 Capacitação do profissional da área de saúde pública	477
3.2 Política Educação Permanente em Saúde.....	511
3.3 As organizações de capacitação dos trabalhadores do serviço público e as escolas de governo	533
4 EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA (EaD)	59
4.1 Histórico da Educação à Distância (EaD).....	59
4.2 Educação à Distância (EaD) na atualidade.....	62
4.3 Equipe e pontos negativos e positivos da Educação à Distância (EaD) .	67
4.4 Aplicação da Educação à Distância (EaD) na saúde	70
5 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP-MG) E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES NA ÁREA	73
5.1 Antecedentes e criação da ESP-MG	73
5.2 A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP MG) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	75
5.3 A Educação à distância (EaD) da ESP-MG.....	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	92
ANEXOS 1: ORGANOGRAMA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS	103

1 INTRODUÇÃO

A cada dia novas tecnologias são criadas, assim como novas demandas e mudanças chegam aos profissionais nas diversas áreas. A necessidade de capacitação é algo que se aplica tanto ao setor privado quanto ao público. Embora não facilmente mensurável, é um quesito importante para um bom desempenho de qualquer organização. A literatura sobre as organizações e, em especial, sobre a burocracia, registra dentre os vários aspectos abordados, a relevância da formação do quadro profissional, o saber técnico e a utilização sistemática do conhecimento disponível como forma de melhorar o desempenho de suas tarefas e atividades (Abrucio; Loureiro, 2018). A burocracia vê a formação profissional não apenas no sentido de um bom desempenho das tarefas organizacionais, mas como um indivíduo que está imerso em uma organização em que há divisão de trabalho, consubstanciada em cargos, regras e hierarquia de atribuições, em um arranjo que contribui para a realização dos objetivos e das metas da organização (Abrucio e Loureiro, 2018).

Oriunda dos termos *bureau* (francês), que significa “escritório”, e *kratos* (grego), cujo significado é “poder”, a burocracia traz a ideia de poder exercido por meio de escritórios ou repartições públicas (Almeida; Meira; Silva, 2014, p. 138). Para Abrucio e Loureiro (2018, p. 24), o conceito de burocracia era inicialmente usado para referir-se aos funcionários do Estado, ligado aos saberes e práticas por eles detidos. A partir das contribuições de Max Weber, no final do século XIX e início do século XX, o conceito passou a ser empregado para a esfera privada também.

A burocracia busca a eficiência, padronizando processos e tarefas como uma forma de gerir a organização, o que não significa gerar procedimentos e documentos desnecessários, como, muitas vezes, é visto no senso comum. Dispor de profissionais com atribuições definidas e com formação adequada contribui para o bom funcionamento organizacional, gerando eficiência nas ações que têm características de longo prazo, especialmente no setor público (Almeida, Meira e Silva, 2014). A burocracia é subordinada aos governos e seu grau de autonomia está ligado ao sistema de mérito existente, à impessoalidade, à carreira, quanto ao ingresso, à promoção, à estabilidade e à remuneração – o que faz com que, ao se ter maior autonomia, sejam reduzidas as chances de haver influências de “critérios fisiológicos e particularistas”, além de ações que fujam ao que as regras organizacionais

especificam (Cavalcante, Carvalho, 2017, p.2).

A burocracia perpassa todo o período em que o funcionário está ligado à organização: as regras de legalidade e de impessoalidade, que são elementos da burocracia, norteiam: a contratação dos funcionários; o seu recrutamento por mérito; as carreiras em que se ingressam e a forma como se dá o desenvolvimento na carreira; a sua permanência na função, passando por avaliação de desempenho; assim como a forma como devem proceder em suas atividades diárias (Azevedo, Loureiro, 2003).

Os funcionários da organização burocrática são profissionais especializados, recrutados por mérito, tendem a exercer sua ocupação de forma continuada no tempo, pautam suas condutas pelas normas legais previamente estabelecidas, não se submetem à vontade pessoal do chefe superior, nem tampouco exercem poder discricionário sobre seus subalternos. Portanto, as regras abstratas, universais e impessoais da dominação burocrática exprimem a natureza pública do poder no Estado de Direito (Azevedo; Loureiro, 2003, p. 49).

Para Abrucio e Loureiro (2018, p. 24) o termo trata do “necessário processo de racionalização e profissionalização” a que as organizações na contemporaneidade precisariam submeter-se de forma a aprimorar o desempenho “diante da secularização e da maior competição interorganizacional”. O modelo weberiano de burocracia, concebido como um tipo ideal, deixa evidente a importância dos saberes técnicos e da racionalidade decisória como suporte da profissionalização da organização burocrática.

Em uma definição sintética, o tipo ideal weberiano de burocracia seria composto por um corpo funcional e estável de cargos públicos, preenchidos por funcionários selecionados por seu mérito técnico especializado, organizados por estrutura profissional permanente. Esse tipo administrativo deve ser voltado a responder ao público, seja obedecendo às regras universais que regem a administração, seja atuando conforme padrões de probidade (Abrucio; Loureiro, 2018, p. 26).

Na burocracia, as atribuições são inerentes aos cargos que estruturam a organização e, dessa forma, os procedimentos e práticas adotadas independem de quem são as pessoas que os ocupam. É necessário seguir normas e padrões preestabelecidos, sendo punido o agente caso não execute as ações da forma prevista para a função (Almeida; Meira; Silva, 2014, p. 139-140). Trata-se de um sistema legal-racional no qual os agentes não possuem uma autonomia absoluta. Busca-se, dessa forma, que sejam pensados os interesses coletivos, ou seja, não se visam os interesses particulares. Para que os profissionais executem suas atribuições,

além da formação especializada, fazem-se necessários treinamentos e capacitações ao longo da atividade desempenhada. Para Almeida, Meira e Silva (2014, p. 140) “a sociedade burocrática serve-se da escola para se efetivar, e a própria escola é uma organização burocrática.” Dessa forma, a escola é o local de formação e atualização, sendo um instrumento para a burocracia, e, por ter seus processos, cargos e funções estabelecidos, também é considerada uma organização burocrática.

Da perspectiva burocrática, o processo de profissionalização do serviço público brasileiro teve seu marco na década de 1930, quando foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). O DASP tinha dentre as suas atribuições: selecionar e aperfeiçoar o serviço público (Evaristo et al., 2017, p. 112); racionalizar a burocracia existente à época no setor público (Cavalcante; Carvalho, 2017, p. 5).

A formação de servidores recebeu atenção no contexto da expansão e modernização do estado brasileiro, cujo marco inicial foi a reforma administrativa conduzida pelo Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP. A agenda da reforma contemplava a organização dos quadros de pessoal e o seu recrutamento por meio de concurso, mas não a sua formação, encarada como tarefa a ser assumida pelo sistema regular de ensino (Fernandes, 2015, p. 4).

Técnico do DASP, Berquó (1938) pensava uma escola de formação que visasse complementar a qualificação dos profissionais e “considerava o concurso unificado como mecanismo de abertura do acesso à escola, que permitiria maior diversidade social e profissional entre os candidatos” (Fernandes, 2015, p. 5).

No período contemporâneo, críticas à burocracia lastreadas na sociologia das organizações, às quais se somaram críticas associadas à teoria da *public choice*, levaram à adoção de iniciativas reformistas na administração pública destinadas a “substituir” o modelo burocrático, que tem sua atenção voltada para o processo, pelo modelo gerencial da denominada Nova Gestão Pública (NGP) que foca nos resultados. A crítica da sociologia das organizações enfatiza as denominadas disfunções da burocracia, como a letargia e a resistência a inovações, entre outras. A da *public choice* problematiza a existência do *ethos* público, destacando a busca do interesse próprio como motivação da burocracia, que se sobrepõe ao interesse organizacional ou coletivo (Carneiro e Menicucci, 2013).

A NGP corresponde à corrente reformista originária dos países anglo-saxões – o denominado *New Public Management* (NPM) – e, segundo Hood (1991, *apud* Evaristo et al., 2019, p. 109) tem, como principais propósitos, incrementar a eficiência

e a responsividade na prestação de serviços públicos à sociedade. Seguindo a trajetória reformista internacional, o Brasil também aderiu, com defasagem temporal, aos preceitos e propostas da NGP (Carneiro e Menicucci, 2013). No país, a NGP teve início formalmente por meio da proposição do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo à frente Luiz Carlos Bresser Pereira, então Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare). Segundo Moreno, Angnes e Lima (2021) e Evaristo *et al.* (2017), a NGP tem como características o uso de práticas de gestão do setor privado e que foram adotadas com o objetivo de aprimorar os meios de ação, como: liderança empreendedora; ferramentas de gestão de pessoas (como a gestão do desempenho); maior controle de entradas-saídas e uso dos recursos; atenção para a competição quanto à prestação dos serviços; indicadores de resultado, o foco nos resultados e a gestão de contratos. Contando com o apoio de consultores, pesquisadores e políticos, logo tornou-se aceita pelos administradores públicos, ainda que não de forma equânime, já que buscava retoricamente um melhor desempenho do setor público (Evaristo *et al.*, 2017, p. 111).

Evaristo *et al* (2019, p. 110) reforçam, porém, que há que se atentar para diferenças substanciais entre setor público e privado: se no setor privado o que se visa é o lucro, no setor público o foco é no interesse público. A origem das receitas também não é a mesma, sendo no setor privado originada de pagamentos realizados pelos clientes, devido à compra de produtos ou à prestação de serviços, e, no setor público, a receita é oriunda, principalmente, da cobrança de impostos e contribuições obrigatórias. Se, de um lado, a qualificação para a burocracia é pensada de forma que ao se ter profissionais mais qualificados, eles trabalharão com maior eficiência e seguirão com impessoalidade suas atribuições, de outro lado, para a NGP a qualificação é pensada no sentido da eficiência e da redução de custos, partindo do pressuposto de proporcionar maior produtividade.

Azevedo e Loureiro (2003) apontam que tanto a burocracia quanto a NGP possuem aspectos que contribuem para a organização. A burocracia, com seus procedimentos, isonomia e legalidade, torna os processos menos vulneráveis aos interesses particulares e possibilita uma maior padronização, o que favorece o monitoramento das ações, enquanto o modelo gerencial, focando em resultados, busca novas formas de atingi-los com maior eficiência, flexibilizando os meios. Conforme os autores, é possível articular os dois modelos, utilizando o que ambos têm

a ofertar em termos de melhoria no desempenho organizacional.

Alguns pontos também são convergentes em ambos os modelos, como a busca pela qualificação do trabalho desenvolvido e que, para tal, é necessário ter um quadro de profissionais especializados em suas áreas de atuação. A importância da qualificação dos profissionais é reconhecida como um dos pontos que fundamenta o movimento reformista da NGP.

Diante do exposto, é possível observar que tanto pela ótica da burocracia quanto da NGP, a formação do profissional tem sua importância. O setor público possui as suas particularidades, que devem ser consideradas no dia a dia e, também, nas formações desenvolvidas. As escolas de governo têm, contemporaneamente, uma grande contribuição na formação dos profissionais do setor público e, no caso deste trabalho, pensar a formação do profissional de saúde torna-se um ponto que carece, ainda mais, de atenção por ser uma área em que o despreparo profissional traz consequências em alguns casos irreparáveis, por tratar-se de algo tão sensível como a própria vida das pessoas.

Criada em 1946, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) é a primeira escola de saúde pública estadual do Brasil e, como uma escola de governo, tem como atribuição a formação e a capacitação de recursos humanos em saúde, assim como a realização de pesquisas e de desenvolvimento institucional na área. Por sua longa e exitosa trajetória de atuação como a primeira escola de governo estadual, anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o órgão credencia-se como um caso relevante para examinar-se como as mudanças processadas na política de saúde influenciam e são influenciadas pelas ações de formação e de capacitação de profissionais da saúde, que constitui o tema da presente pesquisa.

Desde os primeiros anos de seu funcionamento, a ESP-MG dedicou-se a formar profissionais de variadas especialidades, desenvolvendo cursos sobre diversas temáticas contemporâneas atinentes à saúde pública (Aleixo, 2001). Sua atuação é influenciada pela criação do SUS que gerou grandes transformações na política setorial. Trata-se de uma política nacional complexa por envolver os entes federal, estadual e municipal na sua realização, cada qual com suas atribuições específicas que são interdependentes. Quanto aos atendimentos realizados pelo SUS, há níveis de atenção à saúde que permitem atendimento adequado à demanda.

Os profissionais do SUS têm formações diversificadas, devido às necessidades da política, e deparam-se com cenários que podem variar de uma

localidade para outra devido à cultura local, às doenças que acometem os habitantes de cada região, assim como às condições da população para acesso aos atendimentos/tratamentos. Há questões que são ligadas à gestão da política, passando, por exemplo, pelo domínio de técnicas de planejamento, pelo financiamento, pelo conhecimento das fontes disponíveis, de como os recursos podem ser melhor distribuídos entre serviços da rede e pela forma mais precisa de aplicação, pela escolha de tecnologias diversas para a intervenção mais resolutiva, dentre outros aspectos. Há uma rede de entidades que cuidam da formação e da capacitação dos recursos humanos em saúde, o que requer permanente atualização, na qual está envolvida a ESP-MG.

Nessa trajetória da saúde, em meados do século passado, a política de saúde brasileira passou por profundas transformações em seus marcos regulatórios, em suas atividades e tecnologias, em seus arranjos organizacionais, entre outros. Ao mesmo tempo, o país também se transformou, em suas dimensões demográficas, sociais e econômicas, além dos aspectos políticos e institucionais. Dessas transformações advêm novas necessidades e demandas que se colocam para a prestação dos serviços de saúde pública, inclusive da perspectiva da formação e da capacitação de quadros para a atuação na área. Destaca-se, sob esse aspecto, a proposição, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Face a esse contexto, tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: como as mudanças processadas na política de saúde brasileira, em especial após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e a consequente criação do SUS, refletiram-se na organização, no funcionamento e nas atividades de capacitação da ESP-MG?

A ESP-MG possui profissionais com uma diversidade de cargos, estando sujeita a demandas distintas de capacitações no âmbito da saúde pública. Nesse cenário, ganha relevância o processo decisório do órgão no tocante à definição de prioridades e ações a serem realizadas, balizado, por sua vez, por sua capacidade institucional de atuação. A saúde pública é uma área que, por sua natureza, carece de permanente capacitação em temáticas de naturezas variadas. Deve-se considerar, também, o aspecto temporal, marcado por demandas da sociedade e de novos profissionais, além de nuances políticas e institucionais da política de saúde. Como ilustração, tem-se, recentemente, a Pandemia de *Coronavirus disease 2019* (Covid-19), que demandou uma resposta em um curto prazo de tempo para uma demanda

nova e urgente, frente a sua severidade e velocidade de proliferação.

No que se refere especificamente à atividade de capacitação, destacam-se a adoção de novos instrumentos, de metodologias e de processos de ensino no período contemporâneo, representados pela Educação à distância (EaD). A EaD é uma modalidade de ensino caracterizada pela distância geográfica entre professor e estudantes, utilizando no processo de construção do conhecimento as tecnologias (Dias; Mill, 2024; Chaquime; Mill, 2018; Hermida; Bonfim, 2006).

Tendo em vista o problema de pesquisa proposto, o objetivo geral desta dissertação consiste em examinar as transformações organizacionais processadas na atuação da ESP-MG, quanto às suas atividades de formação e de capacitação de profissionais da área da saúde, enfatizando a incorporação do EaD como modalidade de capacitação, a qual implica o alargamento do escopo das atividades setoriais e de sua crescente complexificação.

Ainda quanto aos objetivos, têm-se quatro objetivos específicos, sendo: (1^o) levantar e discutir a política de saúde nacional com destaque para a instituição do SUS, pós Constituição de 1988, dando enfoque para a formação e para a capacitação de profissionais da área; (2^o) examinar a estruturação das escolas de governo como instituições especializadas na formação e na capacitação de profissionais para a área pública; (3^o) examinar a estruturação da ESP-MG e sua atuação até a estruturação do SUS e após a sua construção; (4^o) examinar os potenciais e as especificidades do uso do EaD na capacitação dos profissionais da área pública pela ESP-MG.

Da perspectiva metodológica, a pesquisa proposta tem natureza qualitativa e caracteriza-se como um estudo de caso. Como tal, consiste em um estudo aprofundado de um recorte específico e, por esse motivo, a análise do fenômeno não pode ser generalizada para outros recortes que não foram analisados na pesquisa. Gondim *et al* (2005, p. 51) apontam como as principais finalidades de um estudo de caso: “descrever o fenômeno, gerar teorias e testá-las”. Para os autores, é relevante que se delimite qual o problema a ser pesquisado, assim como os potenciais fatores ou variáveis que comporão a pesquisa. Gil (2010) afirma que os estudos de caso propõem-se a investigar e a responder às questões do que se trata “o que” e “como”. O autor ressalta, ainda, que os estudos de caso carecem de diversas técnicas de coleta de dados, sendo importante realizar a triangulação, que é descrita por Gil (2010, p. 119) como composta por: pesquisa de fonte documental, entrevista e observação.

No caso da presente pesquisa, o recorte é a ESP-MG, com foco em sua

atuação após a criação do SUS, com a realização da triangulação de informações (pesquisa bibliográfica, levantamento documental e entrevistas), conforme detalha-se a seguir.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica de conveniência, tendo como fontes os portais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), materiais de produção da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Ministério da Saúde, assim como livros, recobrando questões relacionadas a capacitação pela perspectiva da burocracia e da Nova Gestão Pública como modelos de administração pública. Um dos temas da pesquisa bibliográfica remete à Política Nacional de Saúde, com ênfase no SUS, tendo em vista sua importância no delineamento das demandas por capacitação endereçadas à área de atuação da ESP-MG. Outro tema consiste na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de âmbito federal, por suas contribuições e desdobramentos no nível estadual. Esse tema articula-se com o das escolas de governo (papel e histórico) e da EaD, de forma a prover subsídios para o enquadramento analítico da ESP-MG e de sua atuação. Por fim, a atenção é dirigida para ESP-MG, seu histórico, suas competências e atribuições e suas contribuições no tocante à sua área de atuação.

A pesquisa documental é endereçada, principalmente, para a ESP-MG, enfatizando questões relativas à sua capacidade operacional e à sua atuação como escola. Nesse sentido, interessam elementos como normativos que regem seu funcionamento, quadro de servidores e recursos mobilizados, além daqueles relacionados com a sua atividade finalística, com as diretrizes referentes aos cursos oferecidos, ao público capacitado etc., atentando para aqueles que ocorreram em EaD. Para essas informações, foi utilizado o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da ESP-MG (PDI 2019-2023) que contempla as informações relativas às ações do período indicado e aponta o planejamento para o período 2024-2028. A pesquisa documental abrange também a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a legislação atinente ao SUS em temáticas sobre formação e sobre capacitação de servidores, tendo como fonte a página do Ministério da Saúde (MS) e suas publicações.

Foram realizadas, também, entrevistas com dois interlocutores chave da ESP-MG, tendo como balizamento a contribuição que têm no processo de planejamento das atividades finalísticas do órgão ao longo do tempo, principalmente após a criação

do SUS. As referidas entrevistas seguiram roteiros pré-estruturados e ocorreram remotamente¹. Dessa forma foi possível realizar a triangulação que, para Gondim *et al* (2005), permite que cada uma das etapas (pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevista) complementem-se e deem “consistência” ao trabalho. O estudo de caso é um trabalho de aprofundamento voltado a entender poucas questões, de um objeto de estudo delimitado, suas características, seu detalhamento e suas complexidades (Mazzotti, 2006, p. 643).

O texto está estruturado em seis seções e 1 anexo, sendo a primeira delas esta introdução. Na segunda é abordada a política de saúde brasileira com uma breve descrição de sua trajetória até a criação do SUS, a sua concepção e as mudanças dela decorrentes da perspectiva política e institucional. Na terceira seção, por sua vez, examina-se o papel das escolas de governo na formação dos profissionais da administração pública, voltando-se o olhar para os profissionais da saúde, para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com ênfase na Educação à distância como uma ferramenta para a qualificação dos profissionais da área. Na quarta seção discorre-se sobre o EaD, suas características e potencialidades no tocante às atividades de formação e de capacitação, com foco em sua aplicação na área da saúde, enquanto na quinta, discute-se a trajetória da ESP-MG, analisando as mudanças que ocorreram em decorrência da criação do SUS, assim como o uso da EaD nas suas atividades de capacitação. Por fim, na sexta seção apresentam-se as considerações finais. As referências encontram-se no final texto. Apresenta-se, também no final do texto, o Anexo 1 que traz o organograma da ESP-MG.

¹ O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) – processo nº 6.992.883.

2 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A política de saúde brasileira passou por longas transformações no decorrer do tempo. Se em um dado momento ela consistia em combater epidemias, nos dias atuais ela tem ações preventivas e de tratamento. Esta seção desdobra-se em quatro subseções, concebidas em recortes temporais: (2.1) da vinda da família real para o Brasil à Primeira República; (2.2) da Era Vargas à ditadura; (2.3) a centralização política e o esboço da construção do SUS; e (2.4) a estruturação intitucional e operacional do SUS.

2.1 Da vinda da família real para o Brasil à Primeira República

Da época como colônia portuguesa até a instauração do sistema imperial, não havia muitos profissionais de saúde para atendimento à população, os poucos existentes dedicavam-se ao atendimento à elite da sociedade. À população de um modo geral cabia tratar-se utilizando-se de meios que fugiam à medicina tradicional e contavam, também, com os hospitais da Santa Casa de Misericórdia (Escorel; Teixeira, 2012). Com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, são criadas as primeiras instâncias de saúde pública: (a) Fisicatura-mor que fiscalizava o exercício da medicina, assim como em casos em que a medicina fosse exercida sem a habilitação necessária; e (b) Provedoria-mor de Saúde que realizava a fiscalização dos navios que chegavam ao Brasil com o intuito de evitar que trouxessem doenças e garantiam, com as suas ações, “a salubridade da Corte”. Com a extinção da Fisicatura-mor em 1828, suas atribuições foram assumidas pelas câmaras municipais (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280).

O país necessitava de um maior número de médicos, porém, só teria sua primeira faculdade de medicina após a Independência. Entretanto a primeira faculdade de medicina não foi o suficiente para trazer mudanças significativas no cenário da saúde pública. A crise sanitária é nítida, o país passa por diversas epidemias que levam à criação da Junta Central de Higiene Pública, sendo de sua

competência a coordenação das práticas de “polícia sanitária², de vacinação antivariólica e de fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde criadas nas províncias” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 281).

De acordo com a Constituição de 1891, que marca a transição para o regime presidencialista republicano, pondo fim ao período de vigência do Império, competia ao Estado realizar as ações de saúde e de saneamento, ressaltando que a assistência médica só passaria a ser vista como uma política pública em 1923, por intervenção da Lei Eloi Chaves (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p.32).

Com a cafeicultura, há uma expansão socioeconômica em São Paulo, que promove, em 1891, uma reforma sanitária. A partir da República Velha, o Estado organiza-se para a oferta de ações públicas de saúde voltadas para o saneamento dos espaços urbanos, para a imunização e para as práticas higienistas, tendo como uma das ações a obrigatoriedade pela vacinação antivariólica. No ano seguinte é criado o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, que tinha, como principal instância, a Diretoria de Higiene, responsável pelo cumprimento das posturas e normas sanitárias (Escorel; Teixeira, 2012, p. 287). Sua atuação articulava-se a laboratórios então implantados, de forma a contribuir para uma maior salubridade do estado:

O Laboratório Bacteriológico era responsável pelo diagnóstico de doenças epidêmicas. O Laboratório Químico e Farmacêutico supria o Serviço Geral de Desinfecção do Serviço Sanitário de substâncias químicas necessárias às constantes desinfecções domiciliares usadas pela medicina da época. O Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas fiscalizava a venda de gêneros alimentícios. O Instituto Vacínico foi reformado – passando a denominar-se Instituto Vacinogênico – com o intuito de produzir a vacina antivariólica em doses necessárias para todo o estado (Escorel; Teixeira, 2012, p. 287).

Nos anos seguintes, surgem grandes marcos da saúde pública nacional como, em 1894, o Código Sanitário do Estado de São Paulo³, que regulamentava sobre diversos espaços e condutas como locais para habitação e para circulação, comércios, venda de alimentos e abastecimento. Em 1900 é criado o Laboratório do Butantan, “voltado para a produção de soros e vacinas e para estudos sobre o ofidismo, vindo a especializar-se nas pesquisas desse campo e na produção de soros

² O termo “polícia” foi usado em documentos oficiais dos estados alemães, sendo empregado para diversas ações realizadas pela administração pública.

³ Em conformidade com Escorel e Teixeira (2012, p. 288), o código possuía mais de quinhentos artigos e regulamentava sobre itens que abrangiam vários aspectos da vida como vias de circulação (ruas, praças públicas), espaços de uso coletivo (teatros, hotéis), instituições (escolas, quartéis, fábricas e prisões), comércios (padarias, açougues e outros ligados à alimentação), habitação e abastecimento (distribuição de água, esgoto, matadouros e outros).

contra mordidas de animais peçonhentos” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 288). Salienta-se que grande parte da população vivia na zona rural. Havia uma grande diferença no cenário visto nas grandes cidades e o que era observado no interior do país, sendo retratado por Lima, Fonseca e Hochman (2005). Na perspectiva dos autores, a situação da população que habitava o interior do país em termos de saúde pública só teria melhorias a partir do começo do século XX. É nessa época que os intelectuais passam a visitar e estudar o interior do país e, assim, a trazer uma visão sobre as condições nas quais essa parte da população vivia.

Em 1904, com um novo surto de varíola, o governo federal busca que a população se vacine. Para alcançar esse objetivo, fixa uma lei nesse sentido, suscitando a chamada Revolta da Vacina. No Rio de Janeiro, um “misto de rebelião popular com tentativa de golpe contra o governo, o levante aglutinou, em seus diversos momentos, monarquistas, líderes operários e oficiais descontentes do Exército, que viam na confusão uma possibilidade de depor Rodrigues Alves”. Diante do cenário de conflito, violência e resistência à vacina, o governo opta por não torná-la obrigatória (Escorel; Teixeira, 2012, p. 291-292). Contudo as buscas por melhorias na saúde da população contam com o movimento sanitarista que se reúne em prol de uma maior consciência das elites políticas sobre a saúde pública. A partir da década de 1910, passam a ser implementadas políticas pensadas para o país como um todo e não apenas para os centros urbanos (Lima; Fonseca; Hochman, 2005).

Em 1918, o país sofre com a pandemia de gripe espanhola, explicitando o déficit de capacidade dos serviços de saúde no atendimento às necessidades de saúde da população. Torna-se necessário rever a prestação de serviços de saúde, e a pressão por parte da sociedade, inclusive dos sindicatos, leva à criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil⁴. Como avanço, tem-se a criação de oito postos do Serviço de Profilaxia Rural no Distrito Federal (anteriormente já havia algumas unidades no Rio de Janeiro). Um outro ponto defendido pela Liga era a criação de um Ministério da Saúde, que seria uma instituição técnica e não política. Apesar dos debates em torno da questão, a proposta não teve êxito (Escorel; Teixeira, 2012, p. 297). Ainda nesse período, a Fundação Rockefeller – instituição filantrópica americana – realizou ações

⁴ A Liga Pró-Saneamento do Brasil foi uma entidade civil dirigida por Belisário Penna, cientista do Instituto Oswaldo Cruz. Composta por pesquisadores, intelectuais, militares e pelo Presidente da época, Wenceslau Brás, a Liga lutava por melhores condições de saneamento no interior do país, assim como pela reforma dos serviços de saúde (Escorel; Teixeira, 2012, p. 294).

de combate à febre amarela. Em conformidade com Vasconcellos (2000, p. 60), a instituição desenvolvia ações voltadas para a verificação das condições sanitárias e da malária da população, e ações de saneamento e profilaxia rural, em diversos países, inclusive o Brasil. Outras ações preventivas também passaram a ser desenvolvidas como: a fiscalização dos alimentos vendidos a fim de reduzir as infecções intestinais; a normatização das construções rurais para evitar-se a proliferação dos barbeiros, causadores da doença de chagas; a produção de soros, de vacinas e de medicamentos usados no combate das grandes epidemias no território nacional, tendo por subsídio a elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias relativas ao país (Escorel; Teixeira, 2012, p. 296).

No entendimento de Lima, Fonseca e Hochman (2005), o período da Primeira República é marcado pelas políticas de saúde que foram implementadas a partir da década de 1910, sendo um meio de tornar o Estado mais próximo da população brasileira e não de regiões, além do “intenso movimento intelectual e político” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p.29). É nesse período que já se percebe-se o movimento sanitarista mobilizando-se por melhores condições de saúde para a população, tendo influenciado nas políticas do período. O poder público, que nos primeiros anos voltava a sua atenção para a fiscalização do exercício da medicina e para a proteção da saúde da família real, passa, então, a pensar a questão da saúde de uma forma mais ampla, tendo como perspectiva as condições de saúde de toda a população e não apenas das camadas privilegiadas e dos moradores das grandes cidades.

Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930, visto como marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, é tributário desse processo de expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por princípios e estratégias comuns, resultado das interfaces das ideias defendidas pelo movimento sanitarista da época e do complexo processo de negociações que envolveu estados e o governo federal (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p.37-38).

Para Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006, p. 14), a saúde no Brasil, até a década de 1930, tinha como atuação questões relativas ao saneamento e ao combate às endemias, como a peste, a cólera, a varíola. Verifica-se que o quadro de profissionais na época era restrito, assim como a atuação pública. As endemias assolavam a população, o acesso à saúde era difícil e, em maior nível, para as pessoas que estavam distantes das cidades. As ações de saneamento eram o meio utilizado para conter o aumento de doenças, mas também eram realizadas nas

idades maiores. O período será abordado de maneira mais específica na seção 2.1, a seguir.

2.2 Da Era Vargas à ditadura militar

Com o início da chamada Era Vargas, em 1930, as mudanças no campo da saúde pública sofrem uma inflexão, no sentido de maior ênfase em medidas de assistência médico-hospitalar, ao lado do início da medicina previdenciária. As primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões⁵ (CAPs) foram relativas aos funcionários de empresas ferroviárias, instituídas pelo Decreto nº 4.682/1923, conhecido como a Lei Eloy Chaves (Escorel; Teixeira, 2012, p. 298; Paulus Júnior, Cordoni Júnior, 2006, p. 14). Em 1933, as CAPs passaram a ser Institutos de Aposentadoria e Pensões⁶ (IAPs), atendendo, então, a uma determinada categoria e, não mais, a uma empresa específica (Escorel; Teixeira, 2012, p. 298). Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006) apontam que, à época, foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão. A assistência médica era destinada apenas aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência. A gestão dos IAPs torna-se crescentemente complexa, culminando no surgimento, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Entre 1931 e 1934 o trabalho urbano foi progressivamente regulamentado, com consequências na previdência social: em 1931, nova lei de sindicalização substituiu a que estava em vigor desde 1907; em 1932, instituiu-se a carteira profissional obrigatória e foram regulamentados o trabalho feminino, o código de menores e a jornada de trabalho de oito horas; em 1933, foi regulado o direito de férias; e, em 1934, foi promulgada a lei do salário mínimo que passou a vigorar a partir de 1940. Em 1943, foi aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Escorel; Teixeira, 2012, p. 301).

Ainda em 1930, na área da assistência médica, é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), tendo um departamento destinado à Educação e

⁵ As Caixas de Aposentadorias e Pensões eram entidades autônomas semipúblicas nas quais os fundos tinham as contribuições dos trabalhadores (3%), empregadores (1% do faturamento bruto anual) e consumidores dos serviços daquelas empresas (fração das tarifas). Sua função era que os seus recursos fossem destinados às aposentadorias por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador que dela pertencesse (Escorel; Teixeira, 2012, p. 298).

⁶ Os Institutos de Aposentadoria e Pensões recebem recursos da União e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (criado em 1931), sendo, então, quem intermediava as ações entre os trabalhadores e a Previdência, apontando Escorel e Teixeira (2012, p. 299) que o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio não cumpriu com todos os seus compromissos financeiros.

outro à Saúde. Hochman (2005, p.130) aponta que a criação do Mesp estava voltada para a reforma administrativa. As competências iniciais do Mesp eram as mesmas do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que havia sido criado em 1920: tratar das atribuições do Estado quanto à saúde pública e proposições do movimento pelo saneamento rural.

Em 1937, o Mesp passa a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES), tendo uma ampliação de suas atribuições, entre as quais “controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos populacionais específicos” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 305; Hochman, 2005).

O Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República. Também foram criadas oito delegacias federais de saúde – correspondendo às oito regiões em que o país foi dividido –, que tinham como objetivo garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisionar os serviços federais de saúde (Escorel; Teixeira, 2012, p. 302).

Na década de 1940 foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde⁷ que trouxeram importantes contribuições para a política setorial no país. No início, as conferências tinham cunho administrativo, voltadas para os dirigentes do setor. O propósito do Estado, à época, é que as ações de saúde pública fossem centralizadas, com as atividades anteriormente realizadas pelos municípios passando a ser executadas pelos estados, o que reduziria as influências de oligarquias locais na área, além de permitir uma padronização de procedimentos. Os profissionais passavam por formações e especializações profissionais, para a realização de suas atividades, consoante as premissas da burocracia weberiana (Escorel; Teixeira, 2012, p. 303). Nesse mesmo sentido, houve, também, a exigência de concursos para o recrutamento de profissionais para atuar na área. Tais medidas trouxeram grande contribuição para a saúde pública nacional, no sentido da profissionalização do corpo de servidores, além do alargamento do escopo da intervenção.

No entendimento de Lima; Fonseca; Hochman, (2005, p.38), o primeiro governo de Vargas é considerado pela literatura como um marco para as políticas

⁷ A 1ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1941 (Escorel; Teixeira, 2012, p. 304). As conferências nacionais são um grande meio de política participativa no Brasil. A 1ª Conferência Nacional de Saúde deu início a essa prática no cenário nacional (Avritzer, 2012).

sociais brasileiras, com o delineamento do arcabouço jurídico e material de seu sistema de proteção social. Nos primeiros anos houve certa instabilidade política em decorrência de atores de interesses distintos terem aliado-se contra o autoritarismo do Governo Vargas, que se materializou na Revolução Constitucionalista de 1932. Mas, com Gustavo Capanema assumindo o Mesp em 1934, deu-se início à reforma das instituições que compunham o sistema.

As reformas da saúde pública acompanharam as oscilações políticas do Governo Provisório, período marcado pela instabilidade política e por sucessivas mudanças no comando do Ministério da Educação e Saúde Pública até a posse de Gustavo Capanema em 26 de julho de 1934 (Hochman, 2005, p. 129).

Com o fim do primeiro governo de Vargas, ao término da Segunda Guerra Mundial, outros atores e conceitos surgem no cenário internacional, como o aumento das pesquisas científicas, exemplificada pela descoberta da penicilina (Escorel e Teixeira, 2012). No cenário nacional, há uma redução da malária, atribuída aos medicamentos que chegaram, então, ao país, além dos inseticidas; e de um movimento pela criação de mais hospitais públicos.

Entre as décadas de 1940 e 1950 surgem os grandes e modernos hospitais públicos no país, a maioria dos quais previdenciários, dando início à configuração de um padrão de assistência à saúde 'hospitalocêntrico'. Até 1948 existiam apenas cinco hospitais próprios dos IAPs. Em 1950, eram nove. Em 1966, 28 e, em 1978, 32 (Escorel; Teixeira, 2012, p. 308).

As lutas pela saúde para todos mantiveram em cena discussões acerca da necessidade de ter-se um ministério que tratasse da política de saúde pública, desvinculado da educação. Em 1953, é, enfim, criado o Ministério da Saúde (MS). A gestão do novo ministério teve troca frequente de dirigentes e sua estrutura interna também sofreu várias mudanças, ligadas ao trabalho em conjunto ou não de seus profissionais (Escorel; Teixeira, 2012).

Em 1963, acontece a Terceira Conferência Nacional de Saúde, tendo como temas: "Situação sanitária da população brasileira"; "Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal"; "Municipalização dos serviços de saúde" e "Fixação de um plano nacional de saúde". Dos temas abordados, a situação sanitária da população brasileira foi a que gerou maior atenção (Escorel; Teixeira, 2012, p. 317-318).

Na primeira década da ditadura militar, iniciada em 1964, há uma centralização dos recursos orçamentários no governo federal, o que reduz o papel dos

estados e dos municípios, e menor investimento em políticas sociais, com impactos nas condições da saúde. Nesse contexto, há um favorecimento da iniciativa privada, que atendia grande parcela da população brasileira nos serviços médicos e hospitalares. Os profissionais de saúde reuniram-se em 1967, durante a Quarta Conferência Nacional de Saúde (CNS), e nessa Conferência foram levantadas as demandas da saúde pública:

o profissional da saúde de que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; e responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde (Escorel, 2012, p. 329).

Na referida conferência, fica manifesta, por parte dos profissionais da área pública e da sociedade, um interesse de melhoria na prestação de serviços na área. No entanto, o governo federal elabora, em 1968, o Plano Nacional de Saúde (PNS) que tinha como proposta a venda dos hospitais públicos para a iniciativa privada, cabendo ao Estado custear os tratamentos nessas unidades privatizadas, sendo que parte das despesas dos tratamentos seria paga pelo próprio paciente. A implantação desse Plano chegou a acontecer em localidades pontuais, mas deparou-se com resistências “ostensivamente dos profissionais de saúde, sindicatos de trabalhadores e governos estaduais e, veladamente, do próprio corpo técnico” (Escorel, 2012, p. 329).

O PNS entrava em conflito com a expansão de cobertura dos benefícios previdenciários, base de legitimação do regime junto às classes trabalhadoras, além de sustentar-se na prática da medicina em consultórios privados num momento em que as transformações impostas pelo desenvolvimento tecnológico na área da saúde e a crescente especialização exigiam novas formas de organização, nas quais o assalariamento dos médicos era dominante (Escorel, 2012, p. 329).

Não dando continuidade ao PNS e refletindo a pressão dos profissionais da área, o governo federal toma outras iniciativas de reorganização da prestação dos serviços setoriais. Assim, em 1969, com a fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e das campanhas de erradicação da malária e da varíola, é criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Na nova organização destacavam-se os servidores conhecidos como “guardas sanitários” que atuavam no controle e na erradicação das endemias de Chagas, malária, esquistossomose e febre amarela, além de desenvolverem campanhas contra a filariose, o tracoma, a peste, o bócio endêmico e as leishmanioses. A Sucam foi extinta em 1990, assim como a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), e seus

servidores passaram a compor o quadro da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Escorel, 2012, p. 329). A comunidade acadêmica também revia o cenário da saúde pública e, na década de 1960, as faculdades de medicina direcionam o olhar para as questões médico-sociais:

A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados, por lei, em todas as faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968. Nesses locais, iniciou-se o que chamamos as bases universitárias do movimento sanitário, um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde (Escorel, 2012, p. 330).

Escorel (2012, p. 330-331) aponta que esse processo sobre repensar as práticas de saúde pública começou no início da década de 1960 nos Estados Unidos e contou também com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas):

O início do processo está situado no começo da década de 1960, quando se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica inculcando no profissional uma nova atitude (a prevenção) sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde (Arouca, 2003). No Brasil, o discurso preventivista foi incorporado, mas com mudanças importantes, dado o papel desempenhado pelo Estado brasileiro na assistência médica (Escorel, 2012, p. 330).

Em 1972, reuniram-se em Cuenca (Equador) representantes de 11 países, que discutiram sobre “a necessidade de metodologias e marcos teóricos que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social” (Escorel, 2012, p. 332). As contribuições desses representantes tiveram continuidade e, anos após esse encontro, foi fundada a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) que trouxe grandes contribuições a respeito de ensino e de pesquisa das ciências de conduta/ciências sociais. No ano de 1973, a Opas e a Fundação Kellogg forneceram apoio técnico e financeiro quanto à criação do primeiro curso de medicina social no Rio de Janeiro que, posteriormente, viria a ser o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Ainda sobre a criação de cursos, em 1974, foi criado o curso de pós-graduação em medicina social, na unidade de Xochimilco da Universidade Autônoma do México (UAM) (Escorel, 2012, p. 332). No cenário nacional, Escorel (2012) aponta:

Em meados da década de 1970, estavam estruturadas três diferentes abordagens ao campo da saúde – cada uma mais desenvolvida em uma determinada instituição – com padrões diferenciados de formação de recursos humanos. As três correntes de pensamento, segundo Jairnilson Paim (1985), podem ser divididas a partir da conceituação do ‘social’ em saúde: para o preventivismo, trata-se de um conjunto de atributos pessoais, como educação, renda, salário, ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de

indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais (Escorel, 2012, p. 332).

A década de 1970 foi marcada por movimentos na academia no sentido de pensar a relação entre medicina e sociedade. Há, também, uma articulação em torno da reforma sanitária.

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação e, nesse sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se como tal. Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil (Escorel, 2012, p. 333).

Escorel (2012, p. 336) pontua que, vinculado ao II Plano Nacional de Desenvolvimento, que aconteceu na década de 1970, identificam-se três espaços institucionais que a autora denomina de “estímulos oficiais” à estruturação/articulação do movimento sanitário” sendo eles: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas). Esses três espaços conjuntamente contribuíram em rede para questões como:

sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento Escorel (2012, p. 336).

Se, por um lado havia um investimento como descrito acima, por outro, o país enfrentava epidemia de meningite, denúncias de crescimento da mortalidade infantil em São Paulo e elevadas taxas de acidentes de trabalho, que ganharam atenção na agenda pública setorial. Da perspectiva político-institucional, são ilustrativas do processo as ações descritas no Quadro 1.

1.1.1.1 Quadro 1 – Ações político-institucionais sanitárias realizadas na década de 1970 – Brasil

Ação	Descrição
Convênio MEC/MPAS	Teve início em 1971 um movimento para que os hospitais de ensino fizessem parte dos programas de assistência médica da previdência social, sendo assinado em 1974 o convênio a respeito.
Formulação do Plano de Pronto Ação (PPA)	Formulado pelo INPS e utilizando de recursos Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), também foi criado em 1974 e tinha como objetivo estender a toda a sociedade o atendimento médico (universal), principalmente nos casos de emergência. Independia se o atendimento ocorresse em instituição pública ou privada, a Previdência arcaria com o custo.
Criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS)	Criado em 1974, o CDS tinha dentre as suas competências a regulamentação das aplicações dos recursos do FAS.
Criação e destinação do FAS	Criado em dezembro de 1974, consistia em um fundo de apoio financeiro a programas e projetos (podendo ser públicos ou privados) que fossem de caráter social, conforme as diretrizes que compunham o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND).
Criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev)	A criação da Dataprev deu-se no intuito de modernizar a administração previdenciária, quanto ao processamento de dados.
Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)	O Sinpas foi criado em 1977, estando subordinado ao MPAS e era composto pelas seguintes instituições: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), para a assistência médica; o INPS, para os benefícios; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), para o controle financeiro); a Legião Brasileira de Assistência (LBA); a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem); a Dataprev) e a Central de Medicamentos (Ceme).

Scorel (2012, p. 337-339).

Elaboração da autora.

Notas: CDS: Conselho de Desenvolvimento Social. Ceme: Central de Medicamentos. Dataprev: Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social. FAS: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social. Funabem: Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor. Iapas: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social. Inamps: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. INPS: Instituto Nacional da Previdência Social. LBA: Legião Brasileira de Assistência. MEC: Ministério da Educação. MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social. PND: Plano Nacional de Desenvolvimento. PPA: Plano de Pronto Ação. Sinpas: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

(1) O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado em 1974, sendo um ministério distinto do INPS que havia sido criado em 1967 (Aleixo, 2001).

Em 1975, é assinada a Lei 6.229, que cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que, de acordo com Escorel (2012, p. 339), “procurou harmonizar e conciliar diferentes interesses e destinou a saúde ‘coletiva’ ao Ministério da Saúde e a saúde ‘individual’ ao Ministério da Previdência”. No entanto, ainda de acordo com a autora, a assimetria de poderes entre os ministérios evidenciava-se no que diz respeito aos recursos financeiros, sendo a dotação orçamentária do MS no Orçamento Geral da União, consideravelmente menor que a despesa da previdência apenas com programas de saúde. Essa situação não foi bem recebida por órgãos como a Sucam, a Fsesp e a Secretaria Nacional de Saúde, o que fez com que ações fossem realizadas de forma a melhorar a situação:

Na tentativa de sobreviver, o grupo racionalizador adotou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais – programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária, coerentes com a proposta formulada em 1972 na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (Escorel, 2012, p. 339).

Diante de todas as articulações ocorridas no decorrer do tempo, o movimento sanitário trouxe grandes contribuições para a discussão sobre a saúde pública, apresentando, para Escorel (2012, p. 341), três vertentes, compostas por: movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)⁸; os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa acadêmica.

Neste período nota-se uma expansão do movimento sanitário, assim como o aprimoramento pelo Estado dos meios de controle sobre os pagamentos ao setor público. Conforme Escorel (2012), foi criado um programa, ainda na década de 1970, denominado Prev-Saúde, de caráter interministerial, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. O programa tinha como princípio o acesso de qualquer cidadão aos serviços básicos de saúde, sem deixar de considerar os níveis de complexidade dos serviços e a expansão da rede pública para os

⁸ Criada em 1976, sua revista Saúde em Debate foi de grande divulgação das questões difundidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O MRSB teve início nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e ganhou espaço entre os trabalhadores da saúde, que lutavam por um modelo que se atentava para a assistência primária de saúde e contra a ditadura militar. Outra grande contribuição do movimento foi incentivar a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006, p. 15).

atendimentos. Em resumo, suas diretrizes eram, em grande medida, voltadas para a responsabilidade pública no que se refere aos serviços básicos, assim como a gestão do sistema, sendo realizada de forma descentralizada, regionalizada, a partir da articulação entre as instituições públicas, contando, também, com a participação comunitária (Paim, 2002, p. 46).

Os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social passaram por questionamentos por parte de representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Associação Médica Brasileira (AMB) em uma entrevista realizada por um jornal de São Paulo. Técnicos progressistas dedicaram-se a uma “Versão agosto” do programa para trazer à tona o debate do anteprojeto, para isso contaram com aliados da proposta. Mais uma nova tentativa é feita em setembro, quando uma versão revisada é distribuída pelos Ministros Arcoverde e Jair Soares e, mesmo contando com instituições como o Parlamento, as Universidades e, até, a Escola Nacional de Saúde Pública nos debates que ocorreram nos meses seguintes, o projeto foi engavetado (Paim, 2002, p. 47). Dessa forma, o Prev-Saúde nunca foi executado.

Mesmo com a não realização do Prev-saúde, as ações ligadas à área da saúde permanecem trazendo mudanças. Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Aleixo (2001, p 108) aponta que essa criação “consolidou a separação no âmbito ministerial entre o que seria passível de mercantilização e as áreas em que seria difícil auferir alguma lucratividade compensadora. Essas últimas, seguindo a mesma lógica mercantilista, caberiam ao Ministério da Saúde”. Ainda em conformidade com o autor, a prática da medicina preventiva e o atendimento às pessoas carentes ficam a cargo do MS, enquanto a medicina curativa sob responsabilidade do MPAS. Tal distribuição de atribuições confirma-se com a criação do Sistema Nacional de Saúde, ocorrida em 1975 (Aleixo, 2001, p 108).

A Previdência cria, em 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA) que, de acordo com Aleixo (2001, p.108-109), visava ampliar os serviços próprios, mas expandindo, também, o credenciamento da rede privada subsidiada. Esse processo aumenta com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que consistia em disponibilizar empréstimos subsidiados ao setor privado, sob a gestão financeira da Caixa Econômica Federal (CEF) (Aleixo, 2001; Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006). Tal cenário faz com que se aumentem os gastos médicos previdenciários, o que

contribuiu para, em 1976, “a Previdência fechar o seu balanço praticamente em déficit”, impulsionando, no ano seguinte, algumas ações para controle das contas (Aleixo, 2001, p.109).

Em 1977, como mais uma tentativa de organizar os gastos, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) que reparte a previdência nos seguintes órgãos: (1) Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); (2) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); (3) Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); (4) Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem); (5) Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); (6) Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas); e (7) Central de Medicamentos (Ceme) (Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006, p. 15). Em 1980, é apresentado o plano Prev-Saúde que já sugeria uma “reversão do modelo privatista subsidiado, com a criação de um sistema único de saúde, gerenciado pelo setor público e com práticas voltadas para a atenção primária ambulatorial” (Aleixo, 2001, p.111). O plano não foi bem aceito pelo setor privado que atuava na saúde, assim como pelas corporações médicas, angariando pouco apoio político e social (Aleixo, 2001, p.110).

Com os gastos setoriais ainda elevados, outra ação realizada foi a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) que trouxe contribuições para o panorama da saúde pública nacional. No entender de Paim (2002, p. 51), o Conasp, “aparentemente mais preocupado com a saúde previdenciária ou orçamentária do que com a saúde dos previdenciários, estabelece os seus princípios racionalizadores vinculados à redução dos custos unitários e controle dos gastos”. Em 1982, o Conasp formula e aprova-se o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Paim, 2002, p. 51). O Plano foi voltado para a redução dos custos, sem, no entanto, atentar muito para o quadro de saúde da população, assim como sem contar com mecanismos de participação (Paim, 2002, p. 56). Esse plano era composto, na prática, por 33 projetos e programas, dentre eles o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), pelo qual realizavam-se atendimentos médicos, baseados na programação demanda-oferta, por seu intermédio as Prefeituras passaram a receber por produção (Scorel, 2012, p. 351). Em 1984, o PAIS transforma-se em Ações Integradas de Saúde (AIS). Dessa forma, “o programa foi redimensionado em uma estratégia de reorientação setorial que privilegiava o setor público e visava a integração interinstitucional,

descentralização e democratização” (Escorel, 2012, p. 352). No mesmo ano, a AIS passa a ser estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde e seus princípios são:

responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo (Escorel, 2012, p. 352).

As AIS trazem grandes contribuições para pensar-se sobre a universalidade e a descentralização, que eram questões que rondavam a agenda pública setorial. Em 1987, editou-se o Decreto a respeito dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) que visava descentralizar os serviços de saúde e o enxugamento da máquina pública no âmbito estadual. Para tal, as ações propostas consistiam em: transformar as antigas superintendências regionais em escritórios; atribuir os serviços de saúde para os estados e para os municípios; tornar o Secretário Estadual de Saúde o gestor único de saúde em cada esfera de governo; e promover a “transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado” (Escorel, 2012, p. 357-358).

A implementação do Suds nos estados e municípios dependeu do grau de compromisso dos dirigentes políticos e setoriais locais com a proposta. No entanto, mesmo onde o processo começou com amplo apoio, o desenvolvimento do Suds passou a encontrar sérias dificuldades a partir da demissão do presidente do Inamps e de sua equipe, em março de 1988. A resistência originou-se nas lideranças políticas regionais, que sentiam seus interesses ameaçados e, também, na burocracia do Inamps e do Ministério da Saúde, principalmente nos interesses “verticalistas” e centralizadores localizados na Sucam e na Fundação Sesp – e, naturalmente, do subsetor privado. Essa articulação de interesses contrários à proposta fez com que, simultaneamente à aprovação do capítulo constitucional, a política de assistência médica previdenciária desse uma “meia-volta à direita” (Escorel, 2012, p. 358).

No entanto, em 1986, a partir da 8ª CNS foram introduzidas novas proposições, sendo criadas:

- a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), cuja composição envolve o governo e a sociedade, sendo a proposta constitucional relativa ao capítulo de saúde elaborada pela referida Comissão, com base no relatório da 8ª CNS;
- A Plenária Nacional de Saúde teve grande força no processo

constituente e contribuiu para a aprovação de um capítulo sobre saúde, o que ainda não havia ocorrido na história constitucional (Escorel, 2012, p. 358).

Na VIII CNS, o movimento da Reforma Sanitária brasileira, que vinha crescendo em importância técnica e em peso político nos últimos anos do regime autoritário, assume a hegemonia no campo do ideário em Saúde Pública e nesta Conferência consegue-se estabelecer e organizar o que se convencionou denominar como “Princípios Básicos da Reforma Sanitária”. Ainda na VIII CNS é delineada uma série de estratégias que culminariam com a aprovação, pela Constituinte de 1988, das teses da Reforma Sanitária (Aleixo, 2001, p. 121).

A 8ª Conferência é um marco no que diz respeito às Conferências Nacionais de Saúde, trazendo grandes reflexões que contribuíram para a Constituição Federal de 1988 (CF/88) em relação à saúde, assim como ao SUS:

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde (Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006, p. 17).

A 8ª CNS reflete, como apontado por Avritzer (2012), uma forma de participação popular que gere influências nas atividades legislativas do Congresso Nacional, proporcionando mudanças. Nesse sentido, a Conferência já traz em seus debates e proposições as bases e princípios da política de saúde e do SUS, que se condensam, adiante, na CF/88. Dentre esses, adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na 8ª CNS “A saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art. 196), adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na 8ª CNS” (Escorel, 2012, p. 359).

A CF/88 traz a saúde como um direito universal e a torna, também, um dever das esferas de governo (Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006, p. 17).

O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006, p. 17).

Deve-se lembrar, também, que, seguindo uma movimentação mundial, no século XX, há uma maior busca por ações de prevenção às doenças e uma maior participação da sociedade no âmbito das políticas de saúde pública no Brasil (Paim;

Almeida Filho, 1998, p.301). Em concordância com Escorel (2012), o período compreendido entre o golpe militar de 1964 e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, engloba uma série de decisões políticas em busca de um novo modelo de prestação de serviços públicos de saúde, que culminam na criação do Sistema Único de Saúde.

2.3 Centralização política e esboço da construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

Na presidência de José Sarney, é assinado o Decreto nº 99.060/1990 transferindo o Inamps para o MS. Dessa forma surge “uma nova configuração setorial que seria colocada em ação pelo governo Collor (1990-1992): a unificação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, constituindo o SUS” (Escorel, 2012, p. 360). Ainda era necessário criar a lei complementar que regulamentaria o SUS e, devido à apreensão em torno dessa criação, tanto no VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, quanto no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, expôs-se a preocupação com sua proposição. Nesse cenário de apreensão, a Plenária Nacional de Saúde conduz os debates relativos à Lei Orgânica da Saúde que foi, então, promulgada em 1990, criando, então, a estrutura legal do Sistema Único de Saúde (Escorel, 2012, p. 360-361).

2.4 Sistema Único de Saúde (SUS)

A partir da Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080/1990, complementada pela Lei nº 8.142/1990, foi instituído o SUS. Trata-se de um modelo público de ações e serviços que atendem a todo o território brasileiro (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 365).

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 365).

A saúde pública é um direito garantido no texto constitucional, que traz, em seu Título II, Capítulo II, artigos 6º e 7º, dentre os Direitos Sociais, o direito à saúde:

Título II Dos Direitos e Garantias Fundamentais
Capítulo II Dos Direitos Sociais

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim (Constituição Federal, 1988).

A CF/88 garante, como apresentado acima, direitos fundamentais a todos. “A promulgação da Constituição de 1988, que expandiu direitos dos cidadãos e responsabilidades do Estado, estabeleceu um novo patamar para as lutas políticas nos anos posteriores” (Machado, 2024, p. 2). Se anteriormente a saúde para os trabalhadores assalariados permitia-lhes consultas médicas individuais, os não-assalariados eram atendidos por instituições filantrópicas ou de ajuda mútua, sendo a ação dos estados para este público restrita a aspectos sanitários. Com a CF/88, a saúde passa a ser um direito de todos (Cohn, 2005). Ainda sobre a CF/88, a saúde pública é tratada também no Título VIII da Ordem Social, Capítulo II Da Seguridade Social, Seção II Da Saúde, que aborda questões como a saúde ser um direito de todos, a destinação de recurso público para a saúde, pontua sobre parte dos profissionais da área e, de uma forma ampla, sobre as atribuições do SUS.

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde (Menicucci, 2009, p. 162).

Cohn (2005) aponta que, nas décadas anteriores, há um movimento, não apenas no Brasil, sobre a abordagem das questões sociais, incluindo a saúde. O SUS surge como uma proposta que se tornou referência mundial, por possibilitar a todo cidadão o acesso aos serviços de saúde, o que permite melhores condições de vida.

O reconhecimento da saúde como direito e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, representaram uma conquista da sociedade e destacaram o Brasil no cenário da América Latina, região marcada por desigualdades estruturais e pelo predomínio de políticas sociais segmentadas e excludentes (Machado, 2024, p. 2).

Noronha, Lima e Machado (2012, p. 367-368) argumentam também que, além

do acesso ser universal, independentemente do nível de complexidade, os direitos de uso são os mesmos para qualquer pessoa⁹. O SUS abarca: serviços preventivos e curativos, a integralidade da assistência; espaços para a participação popular por meio dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde e a descentralização político-administrativa, o que faz com que se tenha um desmembramento das competências entre as esferas de governo – federal, estadual e municipal.

Em concordância com Noronha, Lima e Machado (2012, p. 366-367), são realizados pelo SUS os seguintes tipos de serviços:

- ações visando a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças, podendo essas ações serem a nível individual ou coletivo;
- atendimento a nível ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (seja pela esfera federal, pela estadual ou pela municipal);
- intervenções que podem ser de qualquer complexidade e valores distintos (abarcam vacinas, atendimentos médicos variados, cirurgias incluindo transplantes);
- intervenções nos diversos espaços como locais de trabalho, comércios e outros, com o foco em observar as condições sanitárias;
- destina instituições públicas para a realização do controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, de medicamentos, de sangue e hemoderivados e de equipamentos voltados para a saúde.

Como um sistema amplo em quantidade e em diversidade de ações e de serviços, o SUS requer uma legislação consistente para lidar com sua complexidade técnica e operacional (Noronha, Lima e Machado, 2012, p. 370), cabendo observar que a atuação do poder público vai além da rede de assistência à saúde. Sua arquitetura institucional traz aspectos já anteriormente pensados nas ações setoriais, como os atendimentos médicos e a vacinação, mas vai além, com o nível de complexidade dos atendimentos, com as ações de prevenção a doenças e com um tratamento igualitário para todos.

⁹ Machado (2024) aponta que em sociedades capitalistas contemporâneas, o Estado proporciona a universalidade em políticas sociais como um meio de reduzir as desigualdades geradas pelo mercado.

Trata-se de uma “institucionalidade complexa” que articula as três esferas em torno de um programa de âmbito federal (Menicucci, 2009). De forma sucinta: cabe à esfera federal as diretrizes nacionais da política, assim como a elaboração das estratégias de coordenação; à esfera estadual é designado maior foco nos serviços de média e de alta complexidade, além de gerir as redes regionais de serviços; compete ao município prover de forma direta, assim como gerir e fiscalizar a rede indireta de serviços (Bichir, 2020, p. 195). A Figura 1 permite uma visualização geral das referidas competências.

Figura 1 - Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil – 2024

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

Ministério da Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde
Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram a sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.	Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.	Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

Notas: ANS: Agência Nacional de Saúde. Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. CIB: Comissão Intergestores Bipartite. Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz. Funasa: Fundação Nacional de Saúde. Hemobrás: Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia. Inca: Instituto Nacional de Câncer. Into: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

Lastreado em uma engenharia político-institucional complexa, como já mencionado, o SUS possui níveis variados de especialização no atendimento, o que demanda profissionais com formações específicas. A descentralização e a integração estão expressos no art.7º da Lei nº 8.080/1990:

- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Como descrito, o SUS é uma política que envolve as três esferas de governo, cada qual com sua atribuição, mas que possuem uma interdependência no planejamento e na implementação de suas ações. O atendimento também tem níveis diferenciados de complexidade e uma ampla rede de profissionais com formações variadas para atender as diversas demandas e necessidades de atendimento dos usuários.

Os gestores do SUS nas três esferas são: Ministério da Saúde no âmbito federal; secretarias estaduais, no estadual e secretarias municipais, no municipal (Noronha, Lima e Machado, 2012, p. 371). A gestão do sistema ancora-se, também, em conselhos (Noronha, Lima e Machado, 2012, p. 377):

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass): que é o conselho de representação nacional dos secretários estaduais de saúde. Criado em 1982, tinha como foco fortalecer as secretarias de saúde e, após 1990, tornou-se mais forte ao lutar pela descentralização da gestão do SUS, bem como para que ele tivesse recursos mais estáveis;
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): criado no início da década de 1980, sendo composto pelos gestores municipais;
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados (Cosems): é formado por gestores municipais que representam suas prefeituras frente ao governo estadual. Os primeiros Cosems foram criados entre 1986 e 1990

Os conselhos contribuem para os alinhamentos das esferas de atuação do SUS, no sentido de as demandas tornarem-se de conhecimento geral e serem adequadamente atendidas.

O financiamento das ações é feito mediante transferências de recursos via fundos, com aportes das três esferas de governo. Na própria legislação é indicada,

também, uma possibilidade que favorece aos municípios menores: a formação de consórcios, de forma que municípios deles participantes façam ações em conjunto, proporcionando ganhos de escala e de especialização.

Ressalta-se que, na década seguinte à sua criação, o SUS foi aperfeiçoado quanto à gestão de pessoas, financeira, “estratégias de monitoramento e avaliação, além de aprimoramento das relações intergovernamentais, por meio de metas e compromissos pactuados entre os entes federados” (Bichir, 2020, p. 207).

Uma engenharia político-institucional criativa possibilitou a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos que contribuíram para a sustentabilidade institucional do SUS e para a sua materialidade expressa em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias. Daí o legado de avanços no sistema de vigilância em saúde, na vigilância sanitária, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no SAMU e no controle do tabagismo, do HIV/AIDS e da qualidade do sangue. O Programa Nacional de Imunizações é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos (Paim, 2018, p. 1724).

Noronha, Lima e Machado (2012, p. 387) apontam como obstáculos estruturais vivenciados em países latino-americanos a heterogeneidade e a desigualdade dos grupos atendidos frente aos baixos recursos disponíveis, assim como uma centralização das decisões. Quanto ao Brasil, focando no SUS, os autores apontam que o dificultador é a desigualdade na saúde que deve ser vista como um direito de todos, mas que considere a diversidade local e regional. Porém, as características de um local ou região nem sempre são delimitadas nas mesmas marcações geográficas de um município ou estado (Noronha, Lima e Machado, 2012, p. 388). Outros dificultadores são: baixos valores dos recursos destinados ao SUS; desigualdade de acesso à saúde; desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde pelo território nacional; insuficiência e desigualdades na distribuição de insumos; dentre outros. Avanços também ocorrem, como: o aumento das ofertas dos serviços de saúde; a maior descentralização do sistema quanto a responsabilidades, atribuições e recursos oriundos da esfera federal para estados e municípios; o aumento das ofertas de capacitação para os profissionais do SUS; dentre outros (Noronha, Lima e Machado, 2012, p. 389-391).

A consolidação do SUS, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e um sólido apoio ao sistema

público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil (Noronha, Lima e Machado, 2012, p. 391).

Os movimentos sociais voltados para a saúde galgaram conquistas para a área por meio da sua participação. Conforme o art. 1, § 1º da Lei nº 8.142, a sociedade também tem parte ativa no SUS: durante as Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos, por intermédio de vários segmentos sociais, avalia-se a situação da saúde contribuindo, dessa forma, na proposta das diretrizes da política de saúde.; outro espaço para que os usuários participem é o Conselho de Saúde (nesse caso em caráter permanente e deliberativo).

É sabido que em algumas áreas de políticas públicas, tais como a de saúde e a de assistência social, a participação institucionalizada é mais forte. Isso se dá porque elas tiveram historicamente movimentos sociais fortes, se organizaram fortemente durante o processo constituinte e conseguiram se organizar com sistemas gestores integrados com a participação (Avritzer, 2012, p. 13).

No entendimento de Machado (2024), a trajetória do SUS pode ser vista com quatro marcos. (1º) Período de 1990 a 2002, período marcado pela democratização política, pela liberalização econômica e pela implantação do SUS, sendo a participação popular presente no SUS, como por exemplo nos Conselhos de Saúde. Segundo a autora, as políticas econômicas e de reforma do Estado dificultaram os gastos com políticas universais cujo foco era a redução das desigualdades sociais e em saúde. (2º) Em seguida tem-se o período de 2003 a 2016, marcado por políticas de redução das desigualdades e pela implantação de programas para melhoria do SUS, como o Programa Mais Médicos, serviços de atenção às urgências, como os Serviços de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). (3º) Período de 2016 a 2022, no qual há um estremecimento da participação popular, ocorre a pandemia de Covid-19 em que houve uma gestão negacionista por parte do governo federal, mas que instituições públicas como a Fiocruz e o Instituto Butantan dedicaram-se a estudá-la e a propor ações para seu enfrentamento. (4º) A partir de 2023, é reforçada a participação social e são retomados e/ou fortalecidos programas da “atenção primária à saúde e à vigilância em saúde; à gestão do trabalho e da educação em saúde; ao complexo econômico-industrial em saúde, com ênfase no desenvolvimento científico e tecnológico e na produção nacional de insumos para o SUS” (Machado, 2024, p. 4-5).

Na seção 3 será possível observar acerca de meios para a melhoria na qualidade do serviço prestado à população, sendo o foco principal deste trabalho os

itens relativos à pressão para que o poder público capacite o quadro de profissionais para que executem com eficiência as suas atribuições.

3 AS ESCOLAS DE GOVERNO E A EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA (EAD) NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

As escolas de governo são instituições públicas que têm como principal objetivo a capacitação dos profissionais do serviço público, o que inclui, também, os profissionais da saúde pública. Elas estão presentes em todas as regiões do país e atendem às três esferas de poder.

3.1 Capacitação do profissional da área de saúde pública

O campo disciplinar da saúde passa por mudanças a partir do momento em que as contribuições da área das Ciências Sociais passam a fazer parte da discussão da política setorial. Dessa forma, a saúde passa a ser concebida como uma questão social e não apenas biológica, pensa-se na saúde coletiva, no cenário social. O sistema de saúde também se modifica, envolvendo descentralização e participação social, a saúde compreendida em uma integralidade (Torrez, 2005, p. 176). A visão do campo da saúde amplia-se, assim como as suas formações e o seu público alvo também, passando agora a abarcar não apenas os profissionais da área, que devem passar por frequentes especializações e capacitações, mas também os “cidadãos-usuários” que acompanham e fazem parte do cenário (Torrez, 2005, p. 177).

Os debates sobre a importância da formação dos profissionais da saúde são pauta da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1948. Na década de 1960 passou a ser usado no cenário mundial o termo Educação Permanente, que se referia à qualificação que o profissional realiza durante a sua carreira de modo a tornar-se mais eficiente na execução de suas atribuições. Na concepção de Dutra (2023), o termo foi usado em articulação com a promoção do desenvolvimento econômico por parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo adotada, também, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como uma forma de aportar impactos na produtividade. Entretanto, o termo Educação Permanente em Saúde, que surgiu na Europa, só será utilizado pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) na década de 1980 (Dutra, 2023, p. 37-38; Santos, 2010).

Na América Latina, a atenção voltou-se para a questão da capacitação na área da saúde a partir de 1970, em interação com a Opas que contribuiu com metodologias e projetos para sua promoção (Carvalho; Santos; Campos, 2013). A questão da qualificação dos recursos humanos de uma forma geral ganhou destaque nos ministérios da saúde dos países latino-americanos no período entre 1960 e 1980, sendo pensadas desde questões administrativas a estratégias de intervenção. Entretanto, a partir de 1990, tais discussões perdem espaço na agenda pública (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 373).

No Brasil, a década de 1970 foi marcada pelo sanitarismo, no entanto, foi, também, um período de crise econômica, social e política. Buscou-se implantar um Sistema Nacional de Saúde, como já mencionado, que geraria um maior atendimento da atenção médica individualizada. Destaca-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde que abordou a necessidade não só de se ter um maior número de profissionais para atendimento das demandas, mas também que fossem distribuídos adequadamente pelo território nacional (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 375). Ainda nessa década, mais precisamente em 1974, sob a responsabilidade do MS:

Em 1974, foi instituído um grupo de trabalho interministerial cujo relatório propôs um programa com projetos voltados a três áreas de ação, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS): i) planejamento de recursos humanos; ii) preparação direta de pessoal para a saúde; e iii) apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde. As metas previstas para formação de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar foram de 160.000 a 180.000, para o período de 1976 a 1979, com dimensionamento elaborado para cada região, de acordo com as necessidades e possibilidades identificadas (OPAS, 1976 *apud* Carvalho; Santos; Campos, 2013).

Em 1976, é instituído o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS) que buscava capacitar os profissionais da área de saúde para as demandas, objetivando a expansão dos serviços de saúde (Carvalho; Santos; Campos, 2013). Segundo Santos (2010, p. 13), o Programa “incentivou a integração entre a formação e os serviços, apoiando a criação de dez áreas docente-assistenciais, prioritariamente no Nordeste, região com maiores problemas de saúde, à época”. Nesse processo, o país mantém parcerias com a OPAS, aprimorando as ações na área.

Em 1986, acontece a 8ª CNS, já abordada, na qual:

as deliberações acerca da política de recursos humanos abrangeram aspectos relacionados à gestão, como valorização da dedicação exclusiva ao

sistema público, remuneração e plano de cargos e carreiras, constituição de equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades da demanda, critérios de cobertura e aspectos relacionados à formação e à qualificação dos profissionais para atuação em um novo modelo de assistência, a ser implantado com a instituição do SUS (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 378).

Ainda em 1986, é realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que aborda temas como: as carreiras; a avaliação de desempenho e questões trabalhistas. Discute-se, também, a adequação da formação dos profissionais da saúde ao novo modelo sanitário, a realidade e demanda em que se encontram, assim como uma melhor distribuição dos profissionais pelo território brasileiro. A partir desse marco, há um movimento de criação de instituições como Centros de Formação de Recursos Humanos (CEFORS) e as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde ¹⁰ (ET-SUS) nos anos seguintes (Faleiro; Cardoso, 2020).

No texto intitulado A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária, redigido, em 1987, pelo grupo de trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, foram apresentados alguns dos obstáculos para a consolidação da universalização da cobertura e da garantia de equidade das ações de saúde no processo da construção do Sistema Único de Saúde: a distribuição geográfico-social e institucional dos recursos humanos, que concentrava 56% dos empregos de saúde na região Sudeste e apenas 20% na região Nordeste; a desigualdade das condições de inserção no mercado de trabalho (segmentação); a formação e a preparação dos recursos humanos; a composição das equipes de saúde, pois de 60 a 70% do pessoal ocupado nos estabelecimentos de saúde eram formados por médicos e atendentes; e a valorização do profissional (BRASIL, 1993 *apud* Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 378).

Na década de 1990, com a implantação do SUS, novos postos de trabalho são criados para executar a política e novas profissões passam a fazer parte do quadro de recursos humanos, como profissionais administrativos, auxiliares e outros, refletindo o atendimento mais diversificado e mais amplo pela nova política de saúde. No entanto, há, também, um aumento da precarização dos vínculos de trabalho, o que contribui para uma maior rotatividade que dificulta os planejamentos e a execução das ações na área (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 380).

No ano de 2003, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com a atribuição de elaborar políticas “orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil” (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 383). Magnago *et al.* (2017, p. 1522) apontam para mais

¹⁰ As ET-SUS são escolas do setor de saúde e que têm como objetivo qualificar os profissionais da área de saúde, além da educação profissional na área, sendo multiprofissional. As ET-SUS encontram-se distribuídas pelo território nacional (Faleiro; Cardoso, 2020, p. 02).

um item além de qualificar o profissional da área: valorizá-lo. Para o autor, a SGTES visa articular ações ligadas ao Ministério da Educação e do Trabalho, ao Poder Legislativo e à sociedade civil, além das relativas às instâncias federativas que são responsáveis pela gestão do SUS.

A construção da agenda positiva da SGTES constitui marco importante para a área de RHS, na medida em que incorpora temas acumulados e discutidos em década anteriores em conferências de saúde e relacionados nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH), a saber: diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesas de Negociação Permanente do SUS (MNP- SUS); qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS, entre outras (Magnago et al, 2017, p. 1522).

Por meio da SGTES, Carvalho; Santos e Campos (2013, p. 383) apontam que foi possível construir políticas pautadas no que foi construído na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência de Recursos Humanos em Saúde. No mesmo ano, também foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, que trata do planejamento a respeito dos profissionais da saúde. Nos anos seguintes são criados o “banco de dados e um sistema de informações sobre a força de trabalho de saúde no país – Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (INFORSUS), além do Sistema de Informações sobre os Conselhos Profissionais (Conprof)” (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 383).

Como exemplo da retomada das discussões sobre a FTS, no Brasil, outras ações desencadeadas pela SGTES foram: i) a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo; ii) a instituição do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, com o objetivo de formular políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que levem a uma maior cobertura e maior qualidade da atenção à saúde para a população, prioritariamente, nas regiões fronteiriças do Mercosul; iii) a discussão para implementação do PCCS-SUS; iv) na área da gestão da formação, a criação dos programas PET-Saúde, Profae, Profaps, Pró-saúde, Pró-residências, Telessaúde e UnaSUS; v) a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) como instância permanente de resgate do papel do gestor e regulador do trabalho em saúde (Carvalho; Santos; Campos, 2013, p. 384).

O reconhecimento da necessidade de aprimorar as formações dos profissionais traz à discussão questões que são inerentes à saúde pública, que avança além de uma noção focada apenas em hospital, atentando para todo o cenário do SUS e suas características (Santos, 2010). Ressalta-se que, desde a criação do SUS, a necessidade de qualificação dos profissionais já era um ponto de atenção, sendo

tratada no art. 14 da Lei nº 8.080/90, a importância da criação de comissões permanentes que fizessem a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, de modo a realizar as qualificações. No âmbito administrativo, a responsabilidade pela participação na formulação e na execução da política de formação desses profissionais é compartilhada entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.

3.2 Política Educação Permanente em Saúde

Como já mencionado, as conferências nacionais de saúde constituem um instrumento que proporciona um espaço para a deliberação e a proposição de inovações na institucionalidade que embasa o funcionamento da política de saúde pública brasileira. A 7ª Conferência, ocorrida em 1980, foi um marco nesse processo, ao prover subsídios para a abordagem do tema na CF/88 e para a criação do SUS. Campos e Santos (2016, p. 607) sustentam que, na referida Conferência, foi feita a proposta de fazerem-se conferências específicas de recursos humanos, sendo um dos pontos de demanda a formação e o desenvolvimento dos profissionais da área de saúde.

A melhoria do serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde depende, entre outras coisas, da reflexão por parte dos profissionais acerca das práticas e processos de trabalho, e subsequente ação para correção ou adequação dessas práticas e processos, quando pertinente (Campos; Santos, 2016, p. 603).

Nesse cenário de busca por aprimoramento dos profissionais da área, em 2004 é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Santos, 2010, p. 27). Essa política foi uma ação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), fundada pelo MS em 2003. A política foi instituída pela Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, e passou por ajustes quanto às diretrizes e às estratégias de implantação em 2007, após uma parceria firmada entre a SGTES e a Universidade de São Paulo (USP) para avaliar como estava dando-se sua implementação. Os ajustes na política quanto à sua execução são regulamentados, então, pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2024; Silva; Santos; Cortez; Cordeiro, 2015; Jesus; Rodrigues, 2022). Dentre os pontos tratados na portaria, destaca-se que a educação permanente é uma aprendizagem no local de trabalho, voltada para o trabalho e que, para a sua

realização, no caso das formações, busca-se recorrer “preferencialmente às Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnica Públicas” (Anexo II da GM/MS nº 1.996/2007). Outras instituições formadoras também podem realizar as formações, desde que tenham reconhecimento e habilitação para tal prática, sendo necessário que as Escolas Técnicas do SUS acompanhem e avaliem as ações realizadas por essas instituições.

A política busca capacitações que sejam voltadas para demandas próprias do contexto em que os profissionais estão inseridos, como: as condições de trabalho e políticas sobre a valorização dos profissionais da área (Silva; Santos; Cortez; Cordeiro, 2015; Santos, 2010, p. 27).

A formação dos profissionais de saúde entrou na agenda governamental com força de política pública, no sentido de melhorar a qualidade de saúde da população, seja no enfrentamento do processo saúde-doença, ou seja, na organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde (Dutra, 2023, p. 36).

A Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS fez com que fosse se desenhando a política, tratando da formação e dos processos de trabalho (Campos; Santos, 2016, p. 607). Nela, o local de trabalho é visto como espaço para se aprender e aprimorar suas práticas (Santos, 2010)

Para complementar a PNEPS, em 2007 é editada pelo MS, por meio da Portaria nº 1.996/2007, a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES). Foram definidas, como suas competências, “articular, incentivar, contribuir, acompanhar e monitorar os planos de ação regional de EPS¹¹” (Dutra, 2023, p. 36). A autora aponta que para aprimorar a política, que passava por problemas diversos na implantação das ações de Educação Permanente em Saúde – como baixa articulação entre gestores, trabalhadores, sociedade e as Instituições de Ensino Superior (IES), entre outros – foi criado, também em 2017, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PROEPS - SUS), que tinha como objetivo incentivar e acompanhar as ações de qualificação dos profissionais.

O objetivo principal do Programa é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos

¹¹ Educação Permanente em Saúde (EPS) refere-se à educação que o profissional em saúde faz no decorrer da sua carreira e que contribui para sua qualificação no desempenho de suas atribuições (Dutra, 2023).

processos de trabalho, contando com a colaboração das CIES (Jesus; Rodrigues, 2022, p. 5).

Para os que aderiram ao programa, podendo ser estados, municípios e o Distrito Federal, foi destinado um incentivo financeiro para a elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS). Entretanto, faltaram dados nos planos elaborados por parte dos estados e dos municípios contemplados (Jesus; Rodrigues, 2022, p. 5).

Convém destacar que, no período de 2007 a 2011, quando havia repasse regular de recursos da PNEPS para estados e o Distrito Federal, o DEGES/SGTES/MS realizava o monitoramento da execução dos PEEPS. Desde o ano 2012, quando o repasse dos recursos financeiros para a execução da PNEPS foi suspenso, os estados, em maior ou menor grau, continuaram desenvolvendo ações da PNEPS, porém, sem o monitoramento do DEGES (Jesus; Rodrigues, 2022, p. 7-8).

É importante trazer aqui uma pontuação feita por Jesus e Rodrigues (2022) quanto à Educação continuada e à Educação permanente. A primeira diz respeito a cursos regulares, que têm seguimento. A segunda refere-se a um aprendizado no dia a dia. No caso da PEPS, como já vem expresso na própria legislação que a aborda, é a educação permanente que ocorre na prática, a qual traz reflexão sobre o trabalho, possibilitando o aprimoramento das ações profissionais. Todavia, é possível recorrer, também, a instituições de ensino voltadas para a área de saúde, como as escolas de saúde pública, universidades e outros, para fins de qualificação (Jesus e Rodrigues, 2022).

3.3 As organizações de capacitação dos trabalhadores do serviço público e as escolas de governo

A discussão sobre a necessidade de fortalecimento de capacidade dos trabalhadores da área pública ocorreu com maior intensidade a partir da Era Vargas (1937-1945), refletindo o movimento no sentido de estruturação de uma política de saúde no país. A ênfase foi dada às formações para os cargos elevados na hierarquia administrativa, entretanto não havia consenso sobre os conteúdos necessários, mas reconhecia-se sua importância. O próprio Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) ofertou cursos e qualificações nesse sentido.

Em 1944, foi criada a Fundação Getúlio Vargas (FGV), que ofertava a

graduação em administração pública e, mais tarde, “em 1959, foi iniciado o intercâmbio de professores com a University of Southern Califórnia” (Fernandes, 2015, p.7). As primeiras organizações responsáveis pela capacitação dos trabalhadores do setor público brasileiro foram criadas nas décadas de 1940 e 1950, dentre elas a Escola Nacional de Ciências Estatísticas (1953), o Instituto Rio Branco (1945) e a Escola Nacional de Saúde Pública (1954) (Moreno; Angnes; Lima, 2021, p. 4), no plano federal. A ESP-MG, criada em 1946, também se enquadra nesse contexto, juntamente com outras iniciativas similares no âmbito subnacional de governo.

A criação de instituições de formação de servidores públicos ocorreu de forma esparsa e setorializada, ocupando espaços não preenchidos pelo ensino superior regular. A criação de escolas e centros de formação se deu nas áreas da diplomacia, estatística e saúde, como iniciativas setoriais, destacando-se o Instituto Rio Branco (1945), a Escola Nacional de Ciências Estatísticas (1953) e a Escola Nacional de Saúde Pública (1954). Ao longo dos anos que se seguiram, constituíram-se várias outras, em estados como São Paulo e Rio de Janeiro e municípios, como Curitiba (Fernandes, 2015, p. 6-7).

O modelo francês influenciou o Brasil no período entre as guerras, com a criação, em 1948, da École Nationale D'administration – ENA¹². Segundo Petrucci, Santos e Brito (1995), o modelo francês é marcado por uma formação dos gestores públicos, dos mais altos cargos na hierarquia, em escolas próprias para tal formação (ao contrário do modelo americano em que as formações ocorrem em cursos de instituições que realizam, também, outras formações). A partir dessa influência, ampliou-se a estruturação de escolas voltadas para a formação e para a capacitação de servidores públicos no país. Em 1964, já existiam 10 escolas voltadas para a administração pública, com cursos ou programas ocorrendo em escolas voltadas para a administração pública, ou dentro de outras instituições, presentes em 11 estados (Fernandes, 2015, p. 8).

Com a reforma administrativa de 1967, foi criado, no âmbito federal, o Centro de Aperfeiçoamento (CA), que tinha como atribuição a coordenação do recrutamento, da seleção, e do aperfeiçoamento dos seus servidores. Contudo, o CA não teve vida longa, sendo extinto em 1975 (Fernandes, 2015, p. 9).

A capacitação de servidores públicos, por intermédio de entidades

¹² ENA foi a Escola Nacional de Administração e que foi extinta em 31 de dezembro de 2021, sendo substituída pelo Instituto Nacional da Função Pública (INSP) a partir de 1 de janeiro de 2022, segundo apresentado no site da ENA (<https://www.ena.fr/>). A ENA, em sua trajetória, fez a formação de servidores públicos e de pessoas externas ao serviço público. Os professores eram profissionais que se destacavam como servidores públicos e as formações eram marcadas pelo aspecto prático (Petrucci; Santos; Brito, 1995).

especializadas, “somente a partir da redemocratização, iniciada em 1985” (...) “recebeu maior atenção, devido à demanda crescente por qualificação no serviço público brasileiro” (Moreno; Angnes; Lima, 2021, p. 4). Contribui para esse movimento a promulgação da CF/88 que alarga, em muito, as funções do Estado, especialmente na área social, com repercussões conexas na formulação de políticas públicas e na necessidade de recrutamento de novos servidores.

Durante o primeiro Governo de Fernando Henrique Cardoso, com a proposta de reforma do Estado consubstanciada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o Ministério de Administração e Reforma do Estado (Mare), posteriormente extinto, voltou o seu olhar para as Escolas de Governo. “O treinamento de servidores era encarado como componente estratégico de um desenho ambicioso que alinhava a disseminação dos conceitos, diretrizes e instrumentos da reforma gerencial com o planejamento estratégico dos órgãos” (Fernandes, 2015, p. 13). O autor argumenta que, no âmbito dessa reforma administrativa, a formação dos servidores teve um maior destaque:

O treinamento de servidores era encarado como componente estratégico de um desenho ambicioso que alinhava a disseminação dos conceitos, diretrizes e instrumentos da reforma gerencial com o planejamento estratégico dos órgãos. Dentro dessa visão, foi delineado um papel e forma de atuação para as escolas de governo. O termo escola de governo aparecia, pela primeira vez, no documento de concepção da reforma, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (Fernandes, 2015, p. 13).

No entanto, salienta-se que o termo Escola de Governo passa a ser formalmente usado com a edição da Ementa Constitucional nº 19 de 1998 (EC nº 19/98). A referida EC trata da reforma administrativa e apresenta, entre outros pontos, os princípios da Administração Pública e a função das Escolas de Governo.

Art. 39. § 2º A União, os Estados e o Distrito Federal manterão escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira, facultada, para isso, a celebração de convênios ou contratos entre os entes federados.

É possível perceber que as formações e os aperfeiçoamentos articulam-se com as carreiras e, como visto na literatura, complementam as que o servidor já possui, buscando torná-lo mais habilitado para a realização das atribuições de seu cargo e para a compreensão das mudanças que o cenário das reformas pretendidas pelo PDRAE propõem (Fernandes, 2015, p. 14).

Sobre as escolas de governo, Moreno; Angnes e Lima (2021, p. 2) apontam

os seguintes pontos:

(...) as escolas de governo (EG) são instituições ligadas ao Estado e possuem papel de destaque na capacitação dos servidores públicos. As atividades das EG são custeadas ou mantidas ou pelo setor público, e suas atribuições específicas são o aperfeiçoamento e a formação dos servidores públicos, em todos os níveis e esferas de governo, e com ações ligadas aos objetivos do governo e ao planejamento organizacional de modo a atender aos objetivos do governo e ao planejamento organizacional, atender aos interesses públicos, focar nas prioridades do governo e na melhoria do desempenho das organizações públicas e dos servidores (Moreno; Angnes; Lima, 2021, p. 2021).

As escolas de governo podem atender a instituições específicas ou não, assim como ter formações voltadas para um público mais amplo – todo o setor público e, em alguns casos, até para a sociedade civil – ou para uma área de atuação mais específica, como uma carreira. A formação pode ser introdutória à função, de natureza continuada, de graduação e, até mesmo, de pós-graduação. Em suma, há muitas possibilidades de capacitação que têm sido usadas pelas diversas escolas de governo, assim como, também estimulam a construção de conhecimentos sobre o campo da gestão pública por meio de pesquisas (Fernandes, 2015; Schabbach; Ramos, 2024). A formação adequada dos profissionais contribui para que desenvolvam suas atribuições com maior eficiência, o que pode gerar impactos nos indicadores da capacidade estatal (Schabbach; Ramos, 2024, p. 561; Silva; Santos; Cortez; Cordeiro, 2015).

Seguindo essa classificação, Souza e Fontanelli (2020) pesquisaram sobre a qualidade da burocracia federal brasileira. Baseados nas características de uma burocracia weberiana (Evans; Rausch, 1999; Peters, 1995), os autores construíram e testaram um conceito de capacidade burocrática a partir de três níveis propostos por Goertz (2006): i) o nível básico, que é a capacidade de participar da formulação e de implementar políticas públicas; ii) o nível secundário, que combina as seguintes condições: recrutamento baseado no mérito; carreiras de longo prazo e com previsibilidade; regras para contratar e demitir que substituam contratações e demissões arbitrárias; preenchimento de cargos seniores por meio de promoção interna de servidores concursados; profissionais com formação de especialista ou generalista; profissionais livres de influências externas e burocracia regida por regras administrativas e legais (accountability); e iii) o nível dos indicadores, que conecta, a partir dos dados, os outros dois níveis. Em seguida, foi construído um índice de qualidade da burocracia de alto escalão, constituída por servidores de nível superior que atuam em atividades-fim, ou seja, que participam da formulação e implementação de políticas. Os pesquisadores concluíram que a alta capacidade burocrática é explicada pela exigência de concursos competitivos, que hoje caracterizam a forma de recrutamento da burocracia. Já a heterogeneidade dessa burocracia é explanada pela existência ou não de carreiras estáveis, de um plano de carreira, de concursos regulares e de diferenças salariais entre as carreiras (Schabbach; Ramos, 2024, p. 562).

Pensando em aprimorar as qualificações, atualmente o Brasil conta com redes

de escolas de governo para uma maior articulação entre elas; em algumas, são compostas, também, por outras instituições voltadas para a educação. Dentre elas, destacam-se:

- Sistema de Escolas de Governo da União (SEGU): criada a partir do Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (PNDP). Trata-se da formação dos servidores do âmbito federal, sendo a SEGU composta por escolas de governo federais, contando, em 2021, com 16 instituições.
- Rede Nacional de Escolas de Governo (RNEG): composta por aproximadamente 200 instituições, segundo dados do Governo Federal (2021).

O levantamento feito por Schabbach e Ramos (2024) apresenta a distribuição das escolas de governo no território nacional, no ano de 2017, podendo-se observar sua presença na maior parte dos estados, com uma maior concentração nas regiões sul e sudeste (Mapa 1).

Mapa 1 – Distribuição das escolas de governo entre os estados brasileiros e o Distrito Federal - Brasil - 2017



Fonte: Schabbach; Ramos (2024, p. 567).

Sobre a distribuição das escolas de governo, pode-se observar que a maioria encontra-se nas regiões sudeste e sul do país, com uma menor quantidade na região nordeste, chegando a ter estados que não contam com nenhuma escola de governo em seu território.

As escolas de governo atuantes na área da saúde tiveram as primeiras qualificações relacionadas ao SUS com foco no primeiro escalão da administração. No decorrer do tempo, foram disponibilizando qualificações também para gestores e para os que executam as ações nas diversas atividades que integram as políticas setoriais (Dutra, 2023, p. 35). Visando fortalecer as instituições e suas ações, criou-se, em 2008, a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) que, atualmente, é composta por 54 instituições envolvendo escolas, núcleos e centros formadores, integrando escolas ligadas aos Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde e Centros Universitários (Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública, 2025). A ESP-MG é uma das instituições que compõem a RedEscola.

A participação nas redes possibilita ações em conjunto, assim como a troca de experiências, possibilitando o desenvolvimento das organizações. Na seção 4 aborda-se o uso da Educação à distância pelas organizações, assim como os desafios vividos por elas na adoção da modalidade.

4 EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA (EaD)

A Educação à distância tem sido uma ferramenta importante para as capacitações, se destacando por sua capilaridade e possibilidade dos cursos serem acessados de qualquer lugar. Para iniciar, será abordado o histórico da EaD.

4.1 Histórico da Educação à distância (EaD)

Uma das opções para a formação e capacitação de recursos humanos, que ganha destaque nos anos mais recentes, tem sido o uso da EaD. No entanto, apesar de ser um tema recorrente nos dias atuais, a modalidade já possui uma existência de décadas.

Melo Neto (2012, p. 6) aponta que a Educação à distância é definida por conceitos diversos, podendo transparecer a dificuldade em conceituar o que está em movimento, sendo, porém, presentes nas definições de EaD, os fatores espaço e tempo, que nem sempre serão os mesmos para professores e para os estudantes.

A definição de quando se deu o início da EaD muda de autor para autor. Para uns começou com a criação da imprensa, possibilitando que o conhecimento fosse mais facilmente difundido para um grande número de pessoas, para outros, teve como origem as correspondências, que podia atender pessoas a grandes distâncias geográficas (HERMIDA; BONFIM, 2006, p. 171- 172)¹³. A partir da década de 1960, há um aumento das ações na modalidade no cenário mundial, podendo-se mencionar França e Inglaterra como países que a institucionalizaram no que diz respeito à educação secundária e superior (Nunes, 2009, p. 2).

O formato EaD foi, no decorrer dos anos, tendo outros recursos que foram sendo criados e utilizados, como o rádio, a televisão e, mais recentemente, a rede de computadores. No Brasil, a EaD inicia-se pouco antes de 1900, com cursos de datilografia por intermédio de correspondência (Alves, 2009, p.9). Em conformidade com Hermida e Bonfim (2006, p. 173), o EaD tem suas primeiras ações em 1904. Os cursos eram disponibilizados pelas escolas internacionais, de representação de uma organização norte-americana, que os disponibilizavam sob a modalidade por correspondência, na sua maioria, na área de setores de comércio e serviços (Hermida; Bonfim, 2006, p. 173; Alves, 2009, p.9). No período de 1923 a 1936, existiu a Rádio

¹³ Nunes (2009, p. 2) indica que há registros de anúncios na Gazette de Boston (EUA) de cursos por correspondência no ano de 1728, não sendo o único, havendo em 1840 curso preparatório para concursos públicos, ofertado na modalidade na Grã-Bretanha e, em 1891, outro curso nos Estados Unidos, relativo a segurança de minas.

Sociedade do Rio de Janeiro, cujo foco era a formação popular e teve êxito em sua ação; no entanto, foi considerada subversiva e sofreu exigências difíceis de atender, levando seus responsáveis a fazerem sua doação ao Ministério da Educação e Saúde (Alves, 2009, p.9). Em 1937, é inaugurado o serviço de Radiofusão Educativa do Ministério da Educação e, nos anos seguintes, o rádio é o meio usado por outras instituições para realização de cursos, por parte de instituições diversas.

Hermida e Bonfim (2006, p. 173) sustentam que, a partir de 1930, dão-se os cursos profissionalizantes, com o Brasil colocando-se entre os países com maior desenvolvimento da EaD, o que sofre descontinuidade após o início da ditadura. Segundo Alves (2009), “somente no final do milênio é que as ações positivas voltaram a acontecer e pudemos observar novo crescimento, gerando nova fase de prosperidade e desenvolvimento” (Alves, 2009, p. 9). Se, por um lado, o rádio teve uma redução na sua contribuição, no mesmo período a televisão ganha incentivos para a realização dessas formas de ação, como a Fundação Roberto Marinho, que criou telecursos; a TV Educativa, pertencente ao Ministério da Cultura; e os canais de TV fechados, que haviam sido criados naquela época; as TVs universitárias, Canal Futura e a TV Cultura (Alves, 2009, p. 10).

Na década de 1970, chegam os primeiros computadores ao Brasil, ainda para uso de poucos. No decorrer das décadas seguintes, eles se tornarão mais acessíveis e, com a chegada da internet, trarão contribuições substantivas para a área de EaD.

Com o aperfeiçoamento, a difusão e o barateamento de equipamentos tecnológicos, bem como com o aumento da estrutura da internet em banda larga, novos recursos *on-line* passaram a ser incorporados, e a EaD, até então, uma experiência solitária e assíncrona, viu-se transformada pelas novas oportunidades apresentadas pelas tecnologias síncronas e de redes sociais, capazes de criar espaços de aprendizagem dialógicos e relacionais entre os alunos, os professores e os conteúdos. Assim, partindo de uma experiência de aprendizagem bidimensional e unidirecional, a EaD se torna um hub de novas experiências e interações realizadas em tempos e espaços diversos (Dias; Mill, 2024, p. 3).

Outras instituições, também, trouxeram grandes contribuições para o EaD, ainda na década de 1970, como a Associação Brasileira de Tele-educação (ABT) que promoveu seminários na área de tecnologia educacional, além de possuir uma revista de mesmo nome. Suas ações foram além quando, em 1980, o Governo Federal a credenciou para que ministrasse “cursos de pós-graduação *lato sensu* de maneira não convencional, através de ensino tutorial” (Alves, 2009, p. 10). O Instituto de Pesquisas e Administração da Educação (Ipaee), criado em 1973, que atua até os dias atuais, foi

o organizador dos Primeiros Encontros Nacionais de Educação à distância (1989) e dos Congressos Brasileiros de Educação à distância (1993), além de contribuir na elaboração de disposições normativas que vieram a compor a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB¹⁴) no Brasil e editar a *Revista Brasileira de Educação à distância*. A Associação Brasileira de Educação à distância (Abed) é outra instituição que traz grandes contribuições, como a organização de eventos que abordam a EaD (Alves, 2009, p. 11).

Santos (2010, p. 42) considera que, a partir da década de 1980, tanto a educação de uma forma geral quanto a EaD possuem duas correntes teóricas marcantes. A primeira apresenta um estilo fordista (industrialista) que pensa em uma educação de produção, behaviorista e em grande escala; enquanto a segunda, aberta e flexível, conhecida como Aprendizagem Aberta que se volta para as “exigências sociais”. Novas competências, como trabalho em equipe e flexibilidade, passam a ser importantes para os profissionais, sendo incorporadas aos processos de formação e capacitação.

Se desejamos, de fato, que os processos formadores sejam contextualizados, não podemos desconsiderar os limites e as possibilidades contemporâneas para a superação das distâncias culturais, sociais, técnico-científicas, tecnológicas, geográficas e físicas presentes na sociedade em que vivemos, oferecidas pelas múltiplas formas de educar/educar-se que passaram a existir, além da modalidade presencial (Torrez, 2005, p. 179).

Na sociedade da informação, há um enorme volume de informações e meios de comunicação e tecnologias (incluindo a internet) que permeiam esse cenário.

A sociedade da informação é marcada pelo intenso processamento de informações no mundo globalizado, em que os computadores e os meios de comunicação se desenvolveram em ritmo acelerado ocupando um lugar de destaque, quando não fundamental, para produzir e difundir informações. Assim, a sociedade da informação se destaca no contexto do desenvolvimento da internet e das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC), sendo definida como o modo informacional de desenvolvimento promovido pelas tecnologias, tornando-se a principal fonte de produtividade e poder (Dutra, 2023, p. 23).

Um ponto a ressaltar é que a EaD teve uma grande expansão no Brasil após a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) trouxeram mudanças sociais e a “elaboração de políticas educacionais segundo diretrizes de órgãos internacionais de financiamento”

¹⁴ A Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional no Brasil é regulamentada pela Lei nº 9.394, de 1996.

(Chaquime; Mill, 2018, p. 2). O Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005, define quais níveis educacionais podem utilizar a modalidade EaD:

Art. 2º A Educação à distância poderá ser ofertada nos seguintes níveis e modalidades educacionais:

- educação básica, nos termos do art. 30 deste Decreto;
- educação de jovens e adultos, nos termos do art. 37 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996;
- educação especial, respeitadas as especificidades legais pertinentes;
- educação profissional, abrangendo os seguintes cursos e programas: técnicos, de nível médio e tecnológicos, de nível superior;
- educação superior, abrangendo os seguintes cursos e programas: sequenciais; de graduação; de especialização; de mestrado e de doutorado.

A referida legislação evidencia que a modalidade, as possibilidades de formatos de cursos e os recursos educacionais em EaD também se ampliam.

A EaD é, atualmente, debatida do ponto de vista pedagógico e também político, por atingir um grande número de pessoas, de forma rápida e demandando um baixo custo, sendo considerada pelo Banco Mundial como “de baixo custo e com retorno de investimento em curto prazo” (Faleiro; Cardoso, 2020, p. 3).

A EaD é, também, objeto do Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017:

Art. 1º Para os fins deste Decreto, considera-se Educação à distância a modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorra com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com pessoal qualificado, com políticas de acesso, com acompanhamento e avaliação compatíveis, entre outros, e desenvolva atividades educativas por estudantes e profissionais da educação que estejam em lugares e tempos diversos (Brasil, 2017).

Esse decreto aponta para aspectos fundamentais da EaD: é uma modalidade educacional, marcada por participantes, professores e estudantes, que não se encontram em um mesmo horário e local, utilizando-se das TICs e profissionais que tenham conhecimento da modalidade para a sua realização.

4.2 Educação à distância (EaD) na atualidade

Como mencionado, a EaD é uma modalidade de educação, marcada pela distância geográfica entre estudante e professor (Hermida; Bonfim, 2006; Chaquime; Mill, 2018; Silva; Souza, 2024) e pelo uso de uma ferramenta de comunicação pela qual ocorra não apenas uma comunicação, mas também a aprendizagem (Hermida; Bonfim, 2006; Dutra, 2023). Ela amplia as possibilidades de formação e de capacitação, sendo a forma como é usada que permitirá que seja uma ferramenta de

aprendizagem que gere reflexão ou não (Torrez, 2005) e ocorra por meio de uma tecnologia que seja de uso possível para as partes, o que, não necessariamente, será a mais moderna (Hermida; Bonfim, 2006). Para Veloso e Mill (2020, p. 40):

A EaD é marcada pelo uso intenso de tecnologias de informação e comunicação que, na contemporaneidade, passam a ser preponderantemente digitais. Portanto, embora existam matizes nas conceituações e nos diferentes modelos de EaD, entendemos que a modalidade é caracterizada pela separação geográfica e temporal dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. E para que as distâncias sejam sobrepujadas, lança-se mão de diferentes Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC).

Esse uso, que passa a ser comum, da internet, dos computadores e de outras tecnologias também tornam relativas as distâncias e os espaços, o que quer dizer que, por meio delas, é possível que pessoas em locais e momentos distintos comuniquem-se e, aquilo que importa a esta pesquisa, participem, inclusive, de um mesmo curso. Dutra (2023) traz uma descrição importante de três termos que são utilizados e que devem ser considerados:

A informação é a base do conhecimento, que envolve a atribuição de algum significado ao dado coletado. O conhecimento é resultante de processos intelectuais da capacidade humana para refletir e relacionar a informação recebida com múltiplos aspectos de um determinado tempo e espaço e de utilizá-lo na vida cotidiana. Já a aprendizagem é a capacidade dos indivíduos de se adaptarem às mudanças de forma autônoma e uns com os outros (Dutra, 2023, p. 27).

Dessa forma, o uso de tecnologias por si só não gera aprendizagem, assim como apenas apresentar uma informação não gera aprendizado. É necessário promover um uso voltado para esse propósito (Dutra, 2023). Lapa e Belloni (2012, p. 177) apontam que as TICs podem ser utilizadas de forma pedagógica na educação, que é chamada de mídia-educação. As autoras registram que o simples uso não garante uma qualidade no processo de educação, seja de construção de conhecimento, podendo acontecer a conhecida “educação bancária”, em que o estudante é alguém passivo no processo de educação, recebendo o conteúdo sem participar da construção de um conhecimento. O que se espera é a utilização da ferramenta para despertar um senso crítico nos estudantes. Lapa e Belloni (2012, p. 181), destacam que o uso de TIC na educação pode ser uma possibilidade de inclusão em um país como o Brasil, marcado pela desigualdade social. Dias e Mill (2024, p. 6) consideram que essas ferramentas são um “sintoma” da revolução educativa e não o contrário.

O uso das tecnologias no processo de aprendizagem se, por um lado,

apresenta essa dinamicidade e atendimento a um amplo número de estudantes, por outro, requer uma estrutura adequada com equipe técnica para a realização das atividades, para gerir sistemas e lidar com as demandas de contratos específicos e com recursos para custear a compra dos equipamentos (Filatro; Mota, 2013, p. 109; Santos, 2010).

A EaD em si é um termo amplo e genérico. Certamente, há várias maneiras de realizar a EaD, porém muitas instituições ainda parecem ver a Educação à distância apenas como oposição da educação presencial. É preciso entender que se vive um momento de transição para uma educação mais flexível. As políticas públicas precisam atender às demandas da sociedade e a legislação educacional precisa se antecipar às mudanças (Melo Neto, 2012, p. 9).

Atualmente, dentre as possibilidades de curso em EaD, têm-se difundido muito os cursos conhecidos como *e-learning*, que são os realizados nas plataformas *online* (Dutra, 2023). Os cursos podem ser síncronos, quando estudantes e professores participam do curso em uma mesma data e horário, ou assíncronos, quando os estudantes e professores podem acessar o curso em horários distintos, podendo contar, ou não, com aulas complementares ao material do curso. Os cursos também podem ser no formato *Massive Open Online Course* (MOOC), também conhecidos como Cursos *Online* Abertos e Massivos, em que os cursos são ofertados para um público grande e diversificado; ou, ainda, híbridos que são os que mesclam os recursos virtuais e estratégias presenciais (Dutra, 2023). Os cursos podem contar, também, com ferramentas da gamificação, que é o uso de recursos de jogos nos conteúdos, sendo um exemplo ver os módulos do curso como etapas de um jogo, de forma a torná-los mais dinâmicos e lúdicos (Silva; Souza, 2024, p. 93).

Silva e Souza (2024) destacam que a cultura digital (CD) emerge como uma resposta ao capitalismo moderno, nos contextos da Segunda Guerra Mundial e da Guerra Fria, além de ser vista como uma forma de contestação à guerra. Essa cultura não se limita à comunidade em si, mas abrange, também, a maneira como ela é utilizada (Gere *apud* Silva; Souza, 2024, p. 89). As tecnologias, por sua vez, têm um impacto significativo no ambiente em que estão inseridas (Maraschin, 2000 *apud* Silva; Souza, 2024, p. 89). Esse cenário propicia o desenvolvimento de várias iniciativas, como os cursos em EaD que se beneficiam da automação e da virtualização dos conteúdos, além de torná-los mais acessíveis financeiramente. Dessa forma, é possível que um mesmo curso atenda a um número maior de pessoas, gerando, também, transformações no processo de ensino-aprendizagem (Silva;

Souza, 2024, p. 91). No caso do setor privado, o foco passa a ser o lucro, mas deve-se atentar para que o lucro não afete a qualidade dos cursos. Nesse sentido, faz-se necessário pensar políticas públicas que garantam que os cursos mantenham a sua qualidade (Silva; Souza, 2024, p. 91). Quanto ao uso da modalidade EaD no setor público, ele tende a deparar-se com a descontinuidade dos recursos para seu financiamento, o que dificulta sua aplicação.

Inteligência Artificial (IA) é um outro recurso que pode ser usado e que possibilita tutoria dos cursos realizadas por tecnologias de IA para um grande número de estudantes, conhecidas como Sistemas de Tutoria Inteligentes (*Intelligent Tutoring Systems* - ITS), o que reduz a necessidade de tutores para interação e acompanhamento dos estudantes e aumenta o uso das tecnologias para essas atividades (Silva; Souza, 2024, p. 93). Se, por um lado, permite que um maior número de estudantes participe sem ter que custear tutores, por outro, é reduzida a interação nos cursos por não haver um profissional da educação acompanhando os alunos e contribuindo para o aprendizado. A educação é entendida no sentido mais amplo, não apenas como modalidade como é o caso do EaD, mas como um conhecimento e uma leitura de situações, análise crítica e não apenas uma visão de um recorte de conhecimento (Silva; Souza, 2024). “Na educação, parte da tarefa dos professores e demais profissionais envolvidos está em compreender e participar de seus desenvolvimentos em busca de utilizações que favoreçam os processos pedagógicos e formativos na contemporaneidade” (Silva; Souza, 2024, p. 97). Santos (2010, p.37) reforça esse pensamento quando declara:

O processo educativo se constitui em interações que devem basear-se num mecanismo de coordenação do entendimento. Este entendimento acontece quando os saberes são percebidos em sua estrutura comunicativa, ou seja, racionalmente construído e não de forma dogmática, como que dispensando as razões que o fundamentam (Boufleuer, 2001 *apud* Santos, 2010, p. 37).

Dessa forma, os cursos precisam promover reflexão. No entanto, é possível desenvolver cursos de qualidade, utilizando as diversas alternativas disponíveis como vídeos, acesso a materiais, bases abertas de pesquisas, acesso digital a bibliotecas, interação entre os participantes que podem encontrar-se em locais muito diferentes (Silva; Souza, 2024).

No ambiente *on-line*, as páginas hipertextuais supõem: (a) **intertextualidade**: conexão com outros *sites* ou documentos; (b) **intratextualidade**: conexões no mesmo documento; (c) **multivocalidade**: agregar multiplicidade de pontos de vistas; (d) **navegabilidade**: ambiente simples e de fácil acesso e

transparência nas informações; (e) **mixagem**: integração de várias linguagens: sons, texto, imagens dinâmicas e estáticas, gráficos, mapas; (f) **multimídia**: integração de vários suportes midiáticos (Santos, 2010, p. 50 *apud* Santos, 2003, p. 225).

Santos (2010, p. 48) vê, sob a perspectiva tanto de Boufleuer (2001) quanto de Maturana (1999), a necessidade de que os profissionais de saúde participem dos processos de educação de forma a tornarem-se mais conscientes do cenário da saúde – política de saúde, práticas e outros aspectos – e terem uma visão crítica a seu respeito. A educação, como ressaltado por Santos (2010), não pode apenas apresentar informações, deve passar pela troca de conhecimentos, observação do contexto e construção de uma análise crítica sobre o cenário.

Os estudantes também precisam ter acesso às tecnologias utilizadas, assim como, ter conhecimento sobre seu uso (Dutra, 2023, p. 19). Os estudantes de um mesmo curso podem ter diferentes níveis de conhecimento a respeito das TICs, o que Prensky (*apud* Coelho; Costa; Mattar Neto, 2018) apresenta como sendo pessoas *nativas digitais* (pessoas das gerações nascidas a partir da década de 1980 e que conviveram com a tecnologia digital desde os primeiros anos de vida) e *imigrantes digitais* (pessoas que nasceram antes da década de 1980 e então tiveram um contato um pouco mais tardio com a tecnologia digital). Entretanto, é apontado que pessoas podem, independentemente de serem *nativos* ou *imigrantes digitais*, terem maior ou menor familiaridade com as tecnologias, devido a diversos fatores como acesso a esses recursos.

Se por um lado a pandemia estimulou o uso intenso das tecnologias, por outro, evidenciou as desigualdades educacionais, com necessidades individuais diferentes, dificuldades de acesso à tecnologia e à internet e contextos familiares que nem sempre são favoráveis aos estudos. O Brasil é marcado por uma grande desigualdade social que se relaciona com a desigualdade de condições de acesso à tecnologia, 71% dos domicílios brasileiros possuem acesso à internet, sendo que na área rural esse percentual diminui para 51% (2019) (Dutra, 2023, p. 17).

Em tratando-se de educação profissional, os estudantes também vivenciam situações como falta de acesso a equipamentos e baixo conhecimento sobre o uso dos recursos, além de não terem, em muitos casos, tempo para dedicar-se ao curso dentro da jornada de trabalho, que são aspectos que precisam de atenção (Dutra, 2023, p. 18).

Outro desafio que a EaD enfrenta é quanto a alguns profissionais da educação que têm receio quanto às mudanças que o EaD pode gerar, uma vez o novo formato demanda competências diferenciadas daquelas referentes aos cursos presenciais, o

que poderia fazer com que demandasse novas capacitações para a modalidade, ou que o EaD fará com que se acabem as formações presenciais. Assim como o fato de algumas pessoas não a verem como uma modalidade que pode promover a inclusão social, favorecendo mudanças educacionais e em certa medida econômicas, uma vez que, como já retratado, essa modalidade de ensino permite que pessoas possam participar de cursos sem a necessidade de deslocamento, o que facilita quanto a tempo e a custos com esse trajeto (Chaquime; Mill, 2018, p. 5).

Os cursos em EaD têm suas vantagens e desvantagens que serão apresentados na seção 4.3, a seguir.

4.3 Equipe e pontos negativos e positivos da Educação à Distância (EaD)

Um dos desafios que a modalidade EaD enfrenta é sua própria criação e incorporação à estrutura da organização. O cenário organizacional e a visão a respeito da modalidade são alguns dos fatores que influenciam:

A institucionalização pode ser compreendida como um processo, gradual e contínuo, de incorporação orgânica de estruturas e valores de uma inovação numa instituição já existente. Esse processo é influenciado por fatores exógenos, referentes ao contexto social, político, econômico e cultural no qual está inserida a instituição, bem como endógenos, ou seja, relacionados aos processos internos às instituições de troca de valores entre os sujeitos, debates, negociações, resoluções de conflitos (Chaquime; Mill, 2018, p. 2).

A institucionalização da EaD segue as mesmas questões e vai além, trazendo mudanças também no âmbito ideológico, político, institucional e organizacional, sendo as influências endógenas presentes nas definições de meios de implementação. É necessário que a instituição pense a sua própria forma de implantar e como implantar a EaD. As influências exógenas remetem às características sociopolíticas do meio em que a organização se encontra (Chaquime; Mill, 2018, p. 2; Veloso, Mill, 2022).

Como destacam Nascimento e Vieira (2016), institucionalizar a EaD é, atualmente, importante, porque viabilizaria, dentre outras coisas, a tomada de decisões a respeito da inclusão dessa modalidade como alternativa institucional para o ensino-aprendizagem (Veloso, Mill, 2022, p. 4).

Diante do exposto, é fundamental entender que tais elementos trarão as especificidades das instituições, sua EaD e o trabalho desenvolvido por ela. O que se percebe no estudo realizado por Veloso e Mill (2022) a respeito da institucionalização

da EaD no caso de universidades que ofertam cursos do Sistema UAB¹⁵ é que esse sistema traz recursos para o setor de EaD das organizações que, por vez, investem em pessoal e estrutura para a realização dos cursos e, até, ofertam outros cursos além dos cursos do Sistema UAB, o permite expandir e diversificar as ofertas de cursos. No entanto, por mais que se tenham cursos em EaD já em andamento, é necessário pensar-se os cursos em EaD como parte da organização, assim como os presenciais. O que os autores relatam é que, em diversas organizações, há um receio quanto aos cursos em EaD por parte dos profissionais da própria organização, envolvendo questões como: se estes possuem qualidade; se vieram para ocupar o espaço dos cursos presenciais; e o fato desses demandarem formações diversas dos profissionais que desenvolvem o curso. A escolha das TDIC a serem usadas também precisa ser avaliada criticamente: se atendem as demandas da organização ou se é apenas por ser algo que todos estão utilizando ou apenas por interesses de mercado, sem uma análise se de fato contribuem para o aprendizado (Dias; Mill, 2024).

Outro fator fundamental em tratando-se de cursos em EaD é que essa modalidade demanda uma equipe de profissionais (Okada; Santos, 2003). A dinâmica dos cursos em EaD é diferente da que ocorre nos cursos presenciais. Enquanto nos cursos presenciais os materiais são criados, estruturados, apresentados e acompanhados pelo professor, nos cursos em EaD há uma equipe que realiza o trabalho, sendo usado o termo “polidocência” para denominar essa equipe (Mill, 2014 *apud* Veloso; Mill, 2020, p. 40). Os profissionais que a compõem são de formações e atribuições distintas, não havendo um quadro que seja adotado por todas as instituições, mas que podem contar com *designer*, pedagogos, profissionais que configuram os materiais na plataforma, até os docentes que no caso são: o docente-autor, o docente-formador e os docentes-tutores. Segundo Kenski, 2013 (*apud* Veloso e Mill, 2020, p. 48), “no trabalho docente da EaD a interação é fundamental para que o processo desencadeado seja compreendido por todos e para que os *feedbacks* dos alunos sejam informados e repliquem em ajustes e redefinições de acordo com os encaminhamentos propostos”. Dessa forma é possível que o trabalho de cada um dos membros da equipe alinhe-se com os demais e que se tenha uma visão do todo e os resultados do trabalho. No entanto, Veloso e Mill (2020, p. 52) sustentam que devem

¹⁵ A Universidade Aberta do Brasil (UAB) consiste em ofertar cursos e programas de educação superior em EaD.

ser considerados os conhecimentos de todos os envolvidos nos cursos em EaD, porém que, em algumas instituições, a hierarquia dentro da equipe não considera os saberes de todos. Caso o estudante torne-se mais ativo, participante do processo de aprendizagem, o papel do professor também se transforma, passando a ser o de gerir um aprendizado que é coletivo e não linear (Dias; Mill, 2024, p. 09).

Um dos pontos que merecem atenção quanto aos cursos em EaD é a taxa de evasão que tende a ser maior que a dos cursos presenciais. Identificar os fatores que têm levado os estudantes à evasão e realizar mudanças a respeito deles é uma forma de reduzir-se as chances de novas evasões (Almeida; Abbad; Meneses; Zerbini, 2013, p. 20). Para Almeida *et al.* (2013), são pontos geralmente identificados como dificultadores da permanência dos estudantes no curso:

- presença de elementos externos ao curso que desviam a atenção do estudante no momento do curso. O meio digital, que é usado nos cursos em EaD, pode, também, facilitar que o estudante desvie a sua atenção do conteúdo do curso e foque em outros conteúdos no meio digital externos ao curso;
- falta de tempo para dedicar-se ao curso: frente às demandas do dia a dia, torna-se um desafio destinar tempo para dedicar-se ao curso;
- condições desfavoráveis para o estudo em casa e/ou no local de trabalho: ter um local e tempo adequado para participar do curso;
- dificuldades quanto à organização pessoal: os cursos demandam dedicação de horas para estudo, sendo que nos cursos em EaD, delega-se mais ao estudante organizar-se para acessar as aulas e realizar as atividades no prazo;
- dificuldades com a tecnologia: a modalidade EaD demanda que seus estudantes consigam utilizar minimamente as ferramentas tecnológicas para acesso e para realização do curso como acessar a plataforma em que está o curso, além de ver os materiais e participar das atividades;
- não atendimento de expectativas pelo curso: se o curso diverge muito do que se esperava, pode gerar ou contribuir para a evasão do estudante;
- inadequação da tutoria do curso em contemplar as questões do estudante: caso o curso não conte com a figura de um professor tutor para acompanhamento ou ele não acompanhe o estudante durante o curso, sanando dúvidas e incentivando a participação, pode aumentar as chances

de uma evasão.

Além dos fatores apresentados, também foi identificado, de forma não-parametrizada, que aspectos como ansiedade frente às avaliações do curso, “crenças de aprendizagem e aversão ao computador” também influenciam na permanência do estudante no curso (Almeida; Abbad; Meneses; Zerbini, 2013, p. 20). Assim, há um rol de fatores que podem influenciar na realização do curso, na motivação do aluno e respectivo aprendizado sobre o conteúdo abordado.

Se, por um lado, a gestão do tempo, local adequado, tecnologia e aspectos motivacionais podem impactar no curso, por outro, como já apresentado anteriormente, a possibilidade de participar do curso estando em qualquer lugar, com custos menores e maior autonomia, podem ser fatores atrativos para os estudantes e respectivas instituições nas quais eles trabalhem.

4.4 Aplicação da Educação à distância (EaD) na saúde

Os serviços de saúde e os recursos humanos em saúde estão distribuídos em todo o território nacional, pensando a nível estadual, o mesmo ocorre. A Educação à distância é uma ferramenta que traz grandes contribuições:

A distribuição dos serviços de saúde pelo território nacional, bem como as rotinas e demandas desses serviços, que requerem a manutenção dos profissionais em seus postos para seu adequado funcionamento, são elementos que contribuem para que a ferramenta de Educação à distância (EaD) seja considerada uma alternativa na implementação de eventos de formação na área da saúde, dadas a democratização de oportunidades e flexibilização que proporciona aos estudantes (Campos; Santos, 2016, p. 605).

Essa modalidade de ensino pode ser usada para complementar a educação presencial ou mesmo substituí-la. Santos (2010) aponta para o cenário em que se tem um alto número de profissionais para capacitar, que estão em todo o território nacional. Esse tem sido um desafio e a EaD entra nesse cenário para contribuir na capilaridade dessas capacitações que, por sua vez, devem desenvolver a criticidade de seus estudantes, assim como atentar para os seus direitos e deveres enquanto profissionais da saúde e cidadãos. Dutra (2023, p. 63) salienta que as tecnologias de EaD ampliam o alcance da formação para os profissionais de saúde, mediante o uso de suas ferramentas que permitem também interações com alta velocidade e versatilidade, sendo de grande valia, inclusive, no período de isolamento social devido

a pandemias, como no caso da Covid-19.

Outras vantagens que podem ser apresentadas são: o fato de não requerer que o trabalhador desloque-se para participar do curso, o que demandaria tempo e custos; cursos assíncronos permitem ao aluno conciliar com sua jornada, sem comprometer a participação dos envolvidos e a sua produção coletiva (Campos; Santos, 2016);

A EaD, na medida em que funciona na lógica da facilitação e mediação, ajusta-se à proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), por requerer o protagonismo do aluno, deslocando o foco do professor, que passa de detentor do conhecimento a mediador da aprendizagem (Campos; Santos, 2016, p. 611).

No entanto ressalta-se que há alguns desafios a serem enfrentados, como o fato de nem todos os estudantes terem fácil acesso às redes e, em alguns casos, o estudante não se adaptar ao formato do curso em que ele é o centro do aprendizado (Campos; Santos, 2016).

Sabe-se que a educação permanente em saúde vem justamente para superar o modelo tradicional da educação continuada e corrigir distorções, como a crença de que a agregação de conhecimento basta para promover as transformações institucionais desejadas (Campos; Santos, 2016, p. 621).

Todavia, é necessário atentar que a EAD é uma modalidade de educação e que não se deve deixar que o interesse pela tecnologia ofusque o foco na educação e o processo de aprendizado, ou seja, a EAD é uma ferramenta para a educação e não um fim em si. Um exemplo de ação realizada para capacitação e educação permanente dos profissionais do SUS, utilizando as tecnologias da informação e comunicação, atendendo, assim, um número maior de trabalhadores, foi a Universidade Aberta do SUS¹⁶ (UNA-SUS), criada em 2010 (Campos; Santos, 2016, p. 621). Sob a coordenação do MS em conjunto com a SGTES/MS e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), seu objetivo é ofertar capacitações e educação permanente para os profissionais do SUS e interessados pela área. Dentre os cursos que a compõem a UNA-SUS, há cursos nas modalidades: abertos *online*, de extensão, de aperfeiçoamento, de especialização (voltadas aos programas de provimento) e mestrados profissionais. Alguns cursos que têm um público alvo específico e outros,

¹⁶ Veloso e Mill (2022) apontam que no caso das universidades, os cursos do Sistema UAB muitas vezes foram os seus primeiros cursos em EaD, ou de destaque, sendo esses cursos, diante da pesquisa realizada pelos autores, também os que fornecem valores consideráveis visto todo o investimento feito na área nessas organizações. Sendo que em alguns casos, os cursos do Sistema UAB geram possibilidades de desenvolvimento das áreas de EaD que passam por criação de equipes de EaD para desenvolverem as ações relativas ao EaD e, dessa forma, com uma melhor estrutura, ofertarem outros cursos em EaD.

abertos para interessados pela área. Atualmente, a UNA-SUS conta com 35 instituições de ensino superior que disponibilizam cursos a distância gratuitamente (Brasil, 2014e).

É possível observar que o SUS tem redes que permitem que instituições que realizam as capacitações dos profissionais de saúde unam-se e troquem experiências, o que traz mais qualidade ao trabalho que realizam. Na seção 5 será discutido a respeito dessas redes.

5 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP-MG) E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES NA ÁREA

A ESP-MG, como mencionado anteriormente, foi instituída antes da criação do SUS e traz desde seu início grandes contribuições para a capacitação dos servidores da saúde pública. Na seção 5.1 será abordado o período de atuação da ESP-MG anterior à criação do SUS, abordando sua criação e seus primeiros anos de atuação, enquanto na seção 5.2 será abordado o período pós criação do SUS e o cenário atual, apontando o uso da modalidade EaD pela instituição.

5.1 Antecedentes e criação da ESP-MG

Como antecedentes à criação da ESP-MG no estado, menciona-se a proposição, em 1908, do curso a respeito da saúde pública e de doenças infecto-parasitárias, ofertado pelo Instituto Oswaldo Cruz a médicos, observando-se que, até a década de 1920, era necessária apenas a graduação para atuar na área de saúde pública. Ao lado disso, já haviam sido criadas e desenvolviam suas atividades com sucesso as Escolas de Odontologia, de Farmácia, de Medicina e de Enfermagem em Belo Horizonte, assim como a Faculdade de Medicina de Juiz de Fora (Aleixo, 2001).

A ESP-MG foi criada em um cenário em que muito se discutiam as ações sanitárias no Brasil, tendo sofrido influências da Fundação Rockefeller e das Escolas do Rio de Janeiro e de São Paulo (Vasconcellos, 2000, p. 72-73). A formação especializante à época estava sob regulação do Departamento Nacional de Saúde (Aleixo, 2001, p. 96).

Ligada ao governo estadual, a ESP-MG foi criada por meio do Decreto nº 1.751/1946, constituindo a primeira Escola de Saúde Pública Estadual do Brasil (Escola de Saúde Pública, 2024). Ela originou-se da reestruturação do Departamento de Higiene do Estado de Minas Gerais, com o objetivo, que permanece até os dias atuais, de promover a qualificação dos profissionais da saúde pública do estado de Minas Gerais (Escola de Saúde Pública, 2024¹⁷). Um ponto marcante é que, no ano

¹⁷ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Institucional. Belo Horizonte: ESP-MG, 2022. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/sobre/institucional/a-escola> Acesso em: 12 de dez. de 2023; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

de sua criação, a Secretaria de Estado de Saúde Pública, à qual se vinculava, existia enquanto setor de saúde pública que só passaria a ser uma secretaria de estado a partir de 1948 (Aleixo, 2001, p. 45).

A relação entre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e a Secretaria de Estado da Saúde – SES/MG, fundamenta-se na missão de formar quadros técnicos necessários ao desenvolvimento da área de Saúde Pública, interna e especificamente no âmbito do governo estadual e sob o controle deste. Estando a área de Saúde Pública, na década de 40, sob a responsabilidade do Departamento de Higiene e Saúde Pública, propõem-se a criação de uma escola de governo com a missão específica de formação de técnicos para a Saúde Pública, ligado ao referido Departamento, mas com autonomia administrativa e pedagógica. (Aleixo, 2001, p. 87).

As primeiras ações realizadas pela ESP-MG ocorreram um ano após a sua instituição, sob a forma de um Curso de Especialização em Saúde Pública, no momento em que o país estava passando por surtos de esquistossomose e ancilostomose (Escola de Saúde Pública, 2024). Também em 1947, houve a oferta do Curso de Guarda Sanitário e Escrevente Microscopista para “pessoal auxiliar” (Aleixo, 2001, p. 50). Em 1948, o órgão passou a ser responsável pela formação em saúde pública no estado de Minas Gerais, sendo, então, essa formação destinada exclusivamente a médicos, com a certificação revelando-se imprescindível para os profissionais que desejassem pertencer à carreira de Sanitarista da então Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais (Escola de Saúde Pública, 2024; Vasconcellos, 2000).

Em conformidade com Aleixo (2001, p. 48), era uma recomendação frequente nos Congressos Brasileiros de Higiene que ocorreram na década de 1920 que os profissionais da área tivessem cursos especializantes na área de saúde pública, assim como, em um segundo momento, ser considerada uma exigência que os profissionais, para sua contratação e exercício de suas atividades, tivessem uma especialização na área, o que se tornou realidade por meio de legislação federal em 1942.

Em sua trajetória, a ESP-MG foi conquistando gradativamente seu espaço de atuação na formação e na capacitação de profissionais na área de saúde pública no estado. Dentre suas atividades destacou-se que, já em 1948, recebeu a atribuição de ações relativas à área escolar. Até 1955, formou 260 médicos sanitaristas e, até 1960, foram 535 profissionais auxiliares formados (Aleixo, 2001), refletindo prioridades da política de saúde vigente no período.

O primeiro grupamento priorizado até 1955 foi o dos médicos, preferencialmente ligados ao serviço público (e também sextanistas de Medicina), sendo ofertados desde 1947 vários cursos como: Malariologia,

Doenças Tropicais, Dermato-Venerologia, Leprologia e o curso de Saúde Pública, que formou 260 médicos sanitарistas até 1955 (Aleixo, 2001, p. 53).

A partir de 1961, têm início as ações de formação e de capacitação destinadas à área de educação, com a promoção de cursos voltados para a saúde nas escolas. Até 1973, foram diplomados 1.106 servidores, conforme dados Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) em atenção ao Programa de Saúde Escolar das Secretarias de Estado da Saúde e Educação – Minas Gerais - - 1961-1973

Cursos desenvolvidos	Período de aplicação
Supervisores Sanitários (professores da rede de ensino)	1961 a 1962
Coordenadores Escolares de Saúde (idem)	1962 a 1968
Supervisores de Coordenadores Escolares de Saúde	1969 a 1971
Atualização dos Coordenadores e Supervisores de Coordenadores Escolares de Saúde	1970
Atualização para Assistentes Escolares	1971 a 1973
Especialização em Saúde Escolar	1972 a 1973
Total de diplomados: 1.106 alunos	

Fonte: Aleixo (2001, p. 92)

A partir de 1974, as ações voltadas para o atendimento a necessidades ou demandas relacionadas à Secretaria de Educação perderam centralidade (Aleixo, 2001). Nos anos seguintes, a ESP-MG continuou a realizar capacitações respondendo, em linhas gerais, às demandas de capacitações alinhadas com as ações do governo estadual.

5.2A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP MG) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A implantação do SUS introduziu, como já mencionado, mudanças estruturantes na política pública de saúde no país, refletindo-se, em particular, nas ações voltadas para a formação e para a capacitação de profissionais atuantes na área. A ESP-MG adequou sua atuação a essa reestruturação, mantendo sua contribuição na formação dos profissionais, tendo reconhecida relevância como uma das instituições de ensino e pesquisa na área (Escola de Saúde Pública, 2024).

O SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa. A formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico (Paim, 2018, p. 1724).

A ESP-MG passou a dedicar-se não apenas à formação dos profissionais, mas também à promoção de ações “voltadas para educação em saúde e para participação popular”, por intermédio do Programa de Apoio ao Usuário (Proapu) e do Grupo de Assessoria e Ensino em Planejamento Municipal que buscavam a divulgação do SUS e do processo de municipalização (Aleixo, 2001, p. 94). Também esteve presente na organização de Conferências Municipais de Saúde, nas quais eram tratadas temáticas referentes “à condução de mobilização popular e discussão política com os atores envolvidos” (Aleixo, 2001, p. 143).

A partir da interlocução com organizações comunitárias e outras formas de representação popular, foi necessário adequar e criar materiais didáticos, métodos de ensino, obrigando ir além dos espaços técnicos e acadêmicos tradicionais, tema tão caro à nossa ESP (Aleixo, 2001, p. 143).

Com o avanço da descentralização das ações de saúde pública a partir da década de 1990, em consonância com as diretrizes do SUS, aumentaram as demandas dos municípios e da SES por capacitação de seus profissionais (Vasconcellos, 2000, p. 93). No período de 1991 a 1995 a ESP-MG ofertou 23 especializações relativas ao serviço público e ao SUS (Aleixo, 2001, p. 94). A instituição também participou, no período de 1997 a 2001, juntamente com a Fundação W. K. Kellogg¹⁸ e oito municípios da região de saúde do Alto Rio Grande, do projeto Uma Nova Iniciativa em Saúde Pública¹⁹ que abordava a questão da Promoção da Saúde Local – temática que se difundia na Europa (Escola de Saúde Pública, 2024²⁰). Outra contribuição importante refere-se à formação de Agentes

¹⁸ Criada em Michigan, em 1930, a Fundação WK Kellogg apoia crianças, famílias e comunidades no fortalecimento e na criação de condições que capacitem crianças vulneráveis a alcançar o sucesso, tanto como indivíduos quanto como membros ativos da comunidade e da sociedade em geral (WK Kellogg Foundation, 2024).

¹⁹ O projeto Uma Nova Iniciativa em Saúde Pública visava fortalecer a articulação entre instituições acadêmicas, prefeituras e comunidades locais.

²⁰ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

Comunitários de Saúde (ACS), com a disponibilização, em 1999, de curso introdutório para esses profissionais. As capacitações voltadas para os ACS foram diversificadas, tendo sido qualificados quase 13 mil profissionais no período de 2007 a 2009 (Escola de Saúde Pública, 2024²¹, p 23).

Ressalta-se que, em 2007, a ESP-MG deixou de fazer parte da estrutura da Fundação Ezequiel Dias (Funed) e tornou-se autônoma no âmbito administrativo, orçamentário e financeiro, realizando o seu concurso público para o quadro de servidores em 2010 (Escola de Saúde Pública, 2024²², p. 23).

Nesse sentido, o público-alvo de uma EG da saúde é variado composto por gestores de saúde, profissionais da assistência à saúde, entre outros, apoiando a implementação da inovação na saúde pública e na formulação e avaliação das políticas públicas (11). Assim, a escola tem um papel estratégico na preparação dos profissionais para o enfrentamento de emergências sanitárias e demais demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Dutra, 2023, p.19).

Atualmente, a ESP-MG é subordinada tecnicamente à SES MG (Minas Gerais, 2023), tendo vinculação com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), com a Fundação Ezequiel Dias (Funed) e com a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas) (Escola de Saúde Pública, 2024). Trata-se de um órgão autônomo, possuindo as seguintes competências, conforme o Art. 2º do Decreto nº 48.711, de 26/10/2023:

Art. 2º – A ESP-MG tem como competência planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio do desenvolvimento de programas e parcerias nacionais e internacionais e de pesquisas sobre temas relevantes em saúde pública, com atribuições de:

- I – promover a qualificação dos profissionais do SUS, por meio de ações educacionais de pós-graduação, formação técnica, cursos livres, seminários, dentre outros, tendo como referencial a educação permanente em saúde;
- II – desenvolver ações de educação na modalidade a distância, com o uso de tecnologias digitais da informação e da comunicação;
- III – desenvolver ações de pesquisa, no âmbito do SUS, visando à produção de conhecimentos que tenham aplicação no sistema de saúde;
- IV – desenvolver projetos de cooperação para apoio técnico e institucional junto a entes governamentais e instituições, no âmbito do SUS;
- V – produzir materiais técnicos, científicos e pedagógicos de interesse do SUS e voltados à propagação e difusão do conhecimento em saúde pública. (Minas Gerais, 2023, art. 2º).

²¹ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

²² ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

Diante das competências da ESP-MG, observa-se que, atualmente, além de ofertar cursos para a qualificação dos profissionais do SUS, desenvolve pesquisas e elabora materiais a respeito do SUS. Essas duas frentes contribuem entre si, uma vez que os resultados das pesquisas enriquecem o conteúdo dos cursos, possibilitando que os alunos tenham um contato mais próximo com as pesquisas, assim como ser uma forma de divulgar os seus resultados e no ambiente educacional podem surgir novas possibilidades pesquisas.

Para o desenvolvimento de todas as suas atividades, atualmente a ESP- MG tem seu quadro de trabalhadores composto por 82 pessoas, sendo uma de recrutamento amplo e 81 efetivas, distribuídas conforme Tabela 1

Tabela 1 – Distribuição dos servidores públicos efetivos da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) por carreira do Executivo Estadual – Minas Gerais – 2023

Nível	Cargo	Órgão de origem	Nº servidores
Superior	Analista em Educação e Pesquisa em Saúde	ESP-MG	46
	Médico	Fhemig	1
	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde	SES-MG	11
	Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental	Seplag-MG	11
Médio Técnico	Médio/Técnico em Educação e Pesquisa em Saúde	ESP-MG	11
	Auxiliar de Apoio à Gestão e Atenção a Saúde	SES-MG	1

Fonte: PDI ESP-MG – dados de novembro/23, p. 48.

Notas: ESP-MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Fhemig: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. SES MG: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Seplag MG: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais.

Diante do quadro de profissionais, é possível perceber que trata-se de um quadro de carreiras distinto e profissionais que são tanto de carreira própria da ESP-MG como de profissionais cedidos de outros órgãos do Estado. Em seu PDI 2024/2028 consta o objetivo estratégico de manter e ampliar o quadro de pessoal,

para atingir a programação nele traçada, além de planejar melhorias na composição dos cargos, aumento dos benefícios, além de processos públicos de contratação para os próximos quatro anos (Escola de Saúde Pública, 2024, p. 33).

A ESP-MG realiza as formações para os profissionais do SUS por intermédio da Política da Educação Permanente em Saúde, propõe cursos como especializações e realiza assessoramento técnico tanto para formulação quanto para implantação de políticas públicas de saúde (Escola de Saúde Pública, 2024, p. 25). Com a equipe atual, a ESP-MG oferta cursos nas seguintes modalidades (Escola de Saúde Pública, 2024²³, p. 36):

- 1 Cursos livres ou programas de educação não formal: são cursos que podem ou não ser vinculados a uma categoria; em formato presencial, remoto ou EaD;
- 2 Formação inicial e continuada ou qualificação profissional;
- 3 Educação profissional técnica de nível médio;
- 4 Especialização técnica de nível médio;
- 5 Pós-graduação *lato sensu*.

Os cursos podem ser via demanda de órgãos ou oferta de proposta própria. Sobre as ações previstas no PDI 2024/2028 para o ano de 2025 são:

- seis turmas do Curso de Formação de Ativadores para o Controle Social do SUS em Minas Gerais, em formato EaD, de forma a alcançar pessoas conselheiras de todo o estado;
- quatro rodadas em 2025, ainda em negociação quanto ao número de turmas e de pessoas conselheiras por turma para o Curso de Qualificação para Pessoas Conselheiras Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais (Escola de Saúde Pública, 2024²⁴, p. 40);
- formação de 300 profissionais que trabalham como instrutores de Tai Chi Chuan e Qi Gong em Polos de Academias de Saúde, sendo essa uma ação que é parte do Acordo de Cooperação Técnica realizada com o Instituto Federal de Minas Gerais – *Campus Sabará* (IFMG – Sabará), com a Diretoria de Promoção da Saúde e Políticas de Equidade da SES MG.

Acrescenta-se, ainda, que foi firmada uma parceria com a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais (Sejusp MG) para a formação

²³ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

²⁴ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

em saúde de seus servidores. Por meio dessa parceria, são desenvolvidas e ofertadas formações a respeito da “Saúde e Trabalho no Sistema Prisional” (em EaD), além da Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde Prisional que iniciou-se em 2024 e está em desenvolvimento. Encontra-se, também em negociação, uma parceria com o Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) e com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), cujo objetivo é a formatação de uma pesquisa a respeito da “situação de saúde da população privada de liberdade e a implantação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) no estado” (Escola de Saúde Pública, 2024²⁵, p. 41). Já vislumbra-se que dessa pesquisa surjam publicações e formações específicas.

Há, também, uma parceria envolvendo o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), MPMG, Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, Advocacia-Geral do Estado de Minas Gerais (AGE MG) e a SES MG, em nova fase de negociação, que visa a continuidade do

desenvolvimento e execução de ações de formação/qualificação no âmbito da extensão e da pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades presencial e/ou à distância, bem como o desenvolvimento e execução de pesquisas no campo de saberes e práticas do Direito Sanitário no estado de Minas Gerais, visando o diálogo entre saúde e justiça e a identificação de perspectivas de atuação conjunta entre as instituições parceiras (Escola de Saúde Pública, 2024²⁶, p. 41).

Para o ano de 2025, a ESP-MG tem a previsão de disponibilizar as seguintes especializações: Especialização em Direito Sanitário; Especialização em Gestão do SUS; Especialização em Saúde Pública – Saúde no Sistema Prisional; Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial e Especialização em Saúde Pública. É possível observar que as ofertas de cursos após a implantação do SUS voltaram-se, em grande medida, para o atendimento de suas demandas, sendo as formações feitas por meio de capacitações e especializações. Segundo o Entrevistado 1 “As demandas de capacitação chegam à ESP por diversos meios, sendo propostas: pela própria ESP-MG; pela SES MG; pelos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde; pelos próprios municípios e pelo Conselho Estadual de Saúde”. Ainda segundo o Entrevistado 1:

As formações podem acontecer em BH ou em outros municípios/regiões

²⁵ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

²⁶ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

tendo sempre em mente os deslocamentos e as particularidades/contextos em que as regiões se encontram, para este último, buscam profissionais para as formações que conheçam as particularidades das demandas das regiões que vivem realidades diferentes por exemplo entre quem atua no norte e no sul do Estado.

O fato de buscarem-se professores para as formações que conheçam da realidade vivida pelos servidores em seus locais de trabalho leva em consideração a preocupação em trazer essa formação para mais próxima das condições do cotidiano de seu trabalho, permitindo analisar com maior profundidade, as práticas e os procedimentos adotados. Trata-se de postura sintonizada com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que preconiza uma formação voltada para o ambiente de trabalho do profissional, que permita-lhe analisar o cenário em que atua e aprimorar suas práticas. Quanto à proposta de realizar os cursos em local que não seja o ambiente de trabalho, mas que tenha fácil acesso para os alunos, busca-se contribuir para a redução de gastos com os deslocamentos e com o tempo despendido no trajeto.

Outra possibilidade é o uso dos cursos em EaD, permitindo que o servidor participe da capacitação de qualquer lugar. Quanto às demandas de curso que chegam à ESP-MG, os dois entrevistados afirmaram que elas são avaliadas sobre a possibilidade de ser realizada e a forma de realização. De acordo com o Entrevistado 1 “Nós fazemos em EaD os cursos que são mais de reflexão e os alunos adoram os cursos! Os cursos que são mais de prática, aí não fazemos em EaD não”.

Há, na fala de ambos os entrevistados, uma atenção voltada para a qualidade dos cursos ofertados e para o acompanhamento dos estudantes. O uso do EaD é frequentemente ponderado, pois reconhecem sua capacidade de capacitar um grande número de pessoas, que podem estar distantes entre si sem prejudicar a realização do curso.

5.3 A Educação à distância (EaD) da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

A ESP-MG contou com o apoio da Unesco no período de 2013 a 2019, com várias iniciativas de fortalecimento, dentre elas a estruturação da EaD na ESP-MG.

Esse projeto de cooperação técnica internacional firmado entre ESP-MG e a Unesco foi considerado como um projeto estruturante para a ESP-MG. O projeto

contribuiu para o seu desenvolvimento institucional, na linha do que sugere o título da cooperação firmada, ou seja, “Consolidação da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como referência na educação em saúde” (Escola de Saúde Pública, 2024, p. 24). Essa foi uma ação que possibilitou um fortalecimento institucional da ESP-MG, assim como permitiu o desenvolvimento da EaD, que passou de ações pontuais para uma ação mais robusta com a realização de cursos. Nesse período também ocorreu o segundo concurso da ESP-MG: os concursos da instituição deram-se nos anos de 2011 e de 2014.

Segundo o Entrevistado 1, os primeiros cursos em EaD ocorreram em 2018: “havia algumas ações anteriores, mas a partir desse momento é que iniciaram de fato”. O primeiro curso, ofertado em 2018, foi o curso de formação de tutor em EaD e o segundo para ACS.

No início eram poucos cursos, buscando explorar as possibilidades do uso da nova ferramenta e adquirir experiência em sua aplicação. Com o início da pandemia de Covid-19, passou a ser a modalidade dominante. As pessoas estavam em quarentena em suas casas, mas os alunos dos cursos, que são profissionais da saúde, estavam em pleno trabalho e careciam de formação a respeito da epidemia e de como enfrentá-la. A EaD foi usada para atender essa necessidade e difundiu-se internamente nesse cenário. Atualmente, o nível de abrangência espacial ou territorial dos cursos em EaD tem girado em torno de 100% dos municípios mineiros (Entrevistado 1).

Quanto à equipe do Setor de EaD, o Entrevistado 2 relata que, atualmente, a equipe é formada por 14 pessoas, sendo: dois *designers* instrucionais (sendo um efetivo e outro contratado); dois *designers* gráfico (sendo um comissionado e um contratado); quatro pedagogos (efetivos); dois estagiários de Pedagogia; um administrativo (efetivo); um técnico de Tecnologia da Informação (TI); um Analista de TI e um coordenador (efetivo, graduado em Administração)²⁷. Por ser uma equipe de cursos em EaD, sua composição tem a formação específica para a modalidade, tema já apresentado na seção 4.3 deste texto, a polidocência, na qual o lugar que na sala de aula presencial é realizado por um profissional, em um curso EaD essa função é realizada por uma equipe multiprofissional (Mill, 2014 apud Veloso; Mill, 2020). Ambos

²⁷ O Entrevistado 1 esclarece que tanto o Técnico de TI quanto o Analista de TI têm o vínculo de estagiários.

os entrevistados apontam que os cursos têm seu conteúdo elaborado por uma equipe técnica na ESP-MG, externa ao EaD mas alinhada com ela e, em um segundo momento o curso é encaminhado para a EaD para as ações do setor (*design* instrucional e gráfico, parte pedagógica, configuração no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e acompanhamento do curso).

No PDI da ESP-MG são apresentados os dados sobre o número de alunos matriculados na modalidade que, em 2018, foram 132 alunos matriculados, experimentando um incremento exponencial para alcançar, em 2023, 31.035 alunos matriculados (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2024, p. 14). No documento consta que muitas ações passaram, a partir de 2020, a serem realizadas no formato EaD, devido à pandemia de Covid-19. Foram computados mais de 90 mil estudantes qualificados desde 2019 (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2024²⁸, p. 24).

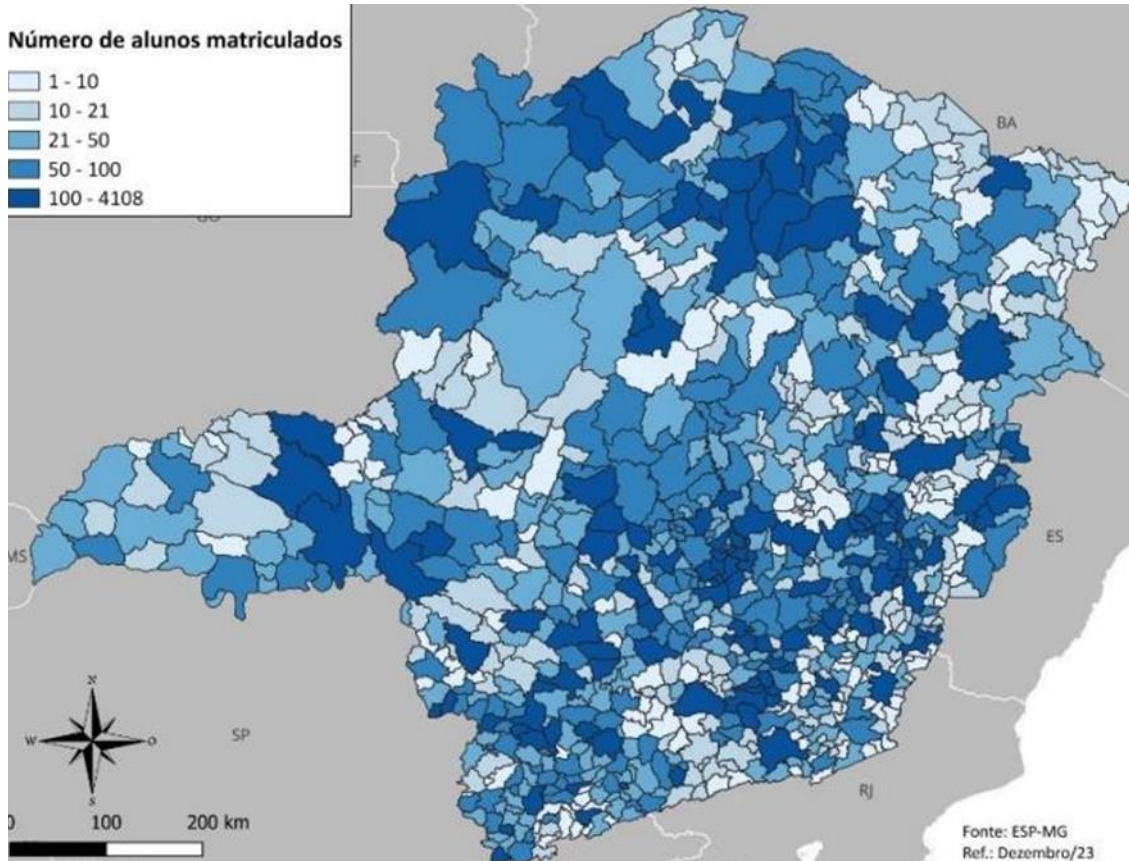
Em conformidade com dados do PDI²⁹ da ESP-MG, relativo ao período 2024-2028, em 2021 a ESP-MG teve ao menos um estudante por município de Minas Gerais, sendo a situação repetida em 2023, quando 67% dos municípios contaram com mais de 10 estudantes capacitados (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2024³⁰, p. 24). No Mapa 2, produzido pela ESP-MG, identifica-se a distribuição dos estudantes pelo território estadual.

²⁸ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

²⁹ Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028 ESP-MG, trata-se de um documento em que constam informações do que foi realizado pela instituição e o que se planeja para os próximos anos, no caso, o período de 2024 a 2028.

³⁰ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

Mapa 2 – Abrangência territorial das ações educacionais na modalidade EaD ofertadas pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) – Minas Gerais – 2023



Fonte: ESP-MG (Escola de Saúde Pública, 2024³¹, p. 25).

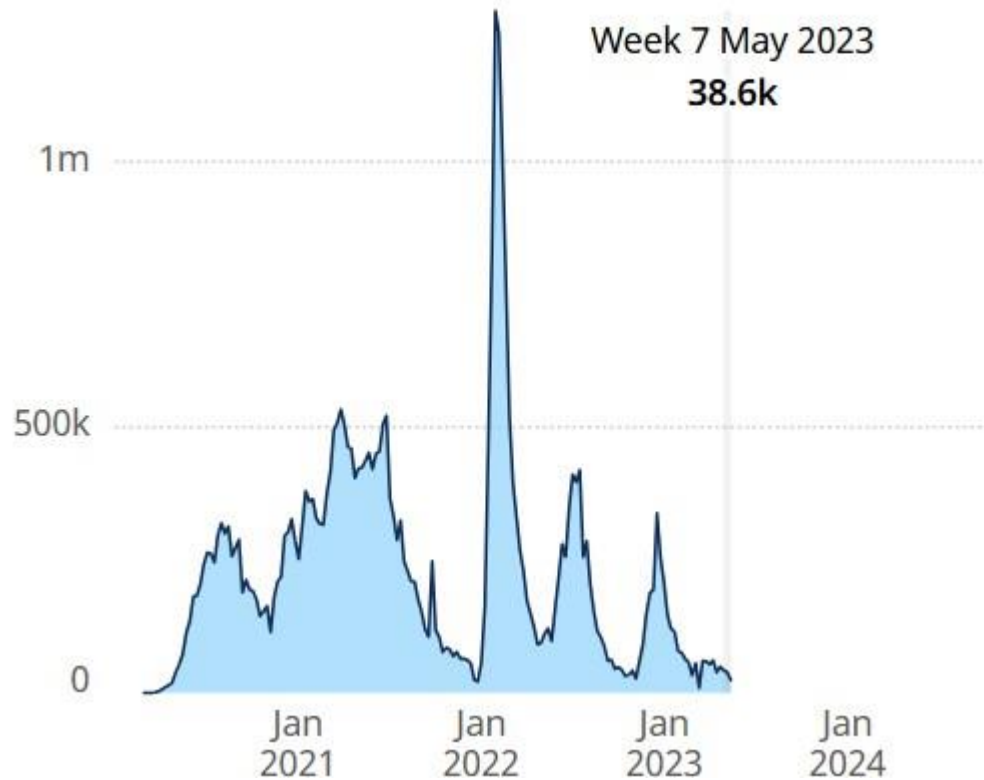
Com o início da situação de pandemia de Covid-19³², declarada pela OMS em 11 de março de 2020, os números de casos de pessoas infectadas, assim como das mortes em sua decorrência, eram alarmantes como verifica-se pelo Gráfico 1.

³¹ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

³² Os primeiros casos registrados da Covid-19 ocorreram em Whuan, na China, em dezembro de 2019. Trata-se de uma infecção respiratória gerada pelo coronavírus (SARSCoV-2) de alto nível de transmissão que ocorre pelas vias respiratórias, sendo uma medida para prevenção o distanciamento social. Devido a sua facilidade de transmissão, em 30 de janeiro de 2020 ocorreu a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), nos meses seguintes a doença espalhou-se pelo mundo (Dutra, 2023, p.20).

Gráfico 1 – Total de casos semanais de Covid-19 relatados à Organização Mundial de Saúde (OMS) – Brasil – 2020-2023

Brasil , janeiro de 2020 - presente



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2024).

A EaD tornou-se uma ferramenta ainda mais utilizada e foi de grande valia para a formação dos profissionais da saúde a respeito da própria Covid-19 e tudo em que ela implicou (Dutra, 2023). Devido à pandemia, fez-se necessário não promover aglomerações e, principalmente, para os recursos humanos em saúde, era necessário participar de capacitações a respeito da Covid-19. Os cursos criados nesse período, foram em formato de EaD, mas deve-se observar, porém, que, nesse momento, também alguns cursos tornaram-se remotos em razão da pandemia e assim permaneceram apenas nesse período. Para esses casos, adotou-se uma estrutura simplificada, utilizando-se poucos recursos tecnológicos. Cursos com essa configuração recebem o nome de Ensino Remoto Emergencial (ERE), que segundo Dutra (2023, p.31) é oriundo das contribuições de Hodges e colaboradores (2020). No caso da ESP-MG percebe-se o aumento do número de inscritos em cursos em EaD, que traz muito do fato de ser área de saúde e o período de pandemia.

No caso da ESP-MG, os cursos permanecem em EaD e há previsão de manter o uso da modalidade. Há alguns cursos que são ofertados com frequência devido à demanda, como o curso Agentes Comunitários de Saúde que “precisam de uma capacitação antes de iniciar as atividades, nós da ESP ofertamos este curso” (Entrevistado 1). De acordo com o Entrevistado 2 sobre os cursos em EaD ofertados pela ESP-MG “a gente não trabalha com vagas em aberto o tempo todo: nós temos períodos de captação de alunos”. Apesar dos cursos serem apresentados como autoinstrucionais, destaca-se que, no caso da ESP-MG, nos cursos em EaD há um acompanhamento do estudante feito por profissionais que se comunicam com os estudantes por intermédio de WhatsApp para esclarecimento de dúvidas³³ e para contato direto com o estudante, de forma a incentivar sua participação nas atividades, o que contribui para redução da evasão.

Há diversas definições para evasão. Para Favero (2006, *apud* Medeiros; Pareschi e Mill, 2024) a evasão abarca os alunos que desistiram de concluir o curso seja após realizar a matrícula, seja por não terem nenhum tipo de participação durante o seu desenvolvimento, o que Santos (2008, *apud* Branco; Conte e Habowsk, 2020) considera como a desistência definitiva do aluno em dar continuidade ao curso, podendo ela dar-se em qualquer uma de suas etapas.

Segundo Branco; Conte e Habowsk (2020, p. 2) “a taxa média de evasão nos cursos EaD, para Oliveira, Oesterreich e Almeida (2018), é de 26,3%, sendo que 85% dos estudantes evadem no início do curso e, em alguns casos, a taxa de evasão é muito maior”. A evasão ocorre em todas as modalidades educacionais, porém, nos cursos em EaD, contribui a fragilidade dos vínculos que são criados, pois eles dão/mantêm-se por intermédio de tecnologias que limitam os elementos da comunicação, como a entonação e as expressões faciais durante a comunicação, com a predominância da linguagem escrita que não proporciona o mesmo grau de interação. Dessa forma, a comunicação por meio das tecnologias torna-se mais simplificada (Branco; Conte; Habowsk, 2020, p. 145) Ao manter os canais de WhatsApp, aumenta-se o contato com o estudante, um contato voltado para o estudante em específico como o Entrevistado 2 aponta:

Eu falo muito que eu não gostaria de ter uma EaD que quando a gente precisasse de suporte a gente ficasse preso naquilo de clique no botão tal e a

³³ Segundo o Entrevistado 2, as dúvidas à respeito da plataforma, são respondidas pela própria equipe ou se dúvida a respeito do conteúdo, são enviadas para os profissionais que participaram da produção do conteúdo.

gente nunca falasse com as pessoas que resolvem o problema que a gente tem. Então, a gente fala que a gente faz autoinstrucional com essa carinha de personalização deste atendimento.

O contato com esse estudante passa também pelo tempo de resposta às demandas apresentadas por eles: “De acordo com o plano de trabalho as pedagogas têm que atender 90% das demandas no mesmo dia. Se o pedagogo demora a dar retorno ao aluno o interesse dele diminui” (Entrevistado 2). A assistência às demandas do estudante, considerando também o tempo para resposta, é apontado como um fator que gera impacto quanto à evasão (Branco; Conte; Habowsk, 2020; Almeida; Abbad; Meneses; Zerbini, 2013).

Ainda na perspectiva do Entrevistado 2, mesmo o curso sendo autoinstrucional, “existe um pedagogo muito próximo dessa questão do aluno para resolver problemas na plataforma ou dúvidas de conteúdo e se for dúvida técnica, a gente já aciona também a Coordenação Técnica da Superintendência para fazer essa intervenção, caso haja necessidade”.

Conforme identificado nas entrevistas, as demandas chegam à ESP-MG e são trabalhadas na Superintendência de Educação e Pesquisa em Saúde e respectivas Coordenações³⁴, a depender da demanda (organograma encontra-se no Anexo 1), sendo a elaboração do conteúdo realizada pelos profissionais da superintendência, sempre alinhando com a Equipe de EaD. Em um segundo momento, o conteúdo é enviado para a EaD para o trabalho da equipe.

Quanto ao acompanhamento dos estudantes após a conclusão do curso, o Entrevistado 2 afirma que “Gostaríamos muito, mas hoje a gente não tem estrutura para. Pois às vezes hoje estamos com 8 mil alunos na plataforma e somos 12 pessoas. Nós temos a avaliação final que ele dirá do impacto do curso (...) no seu dia a dia”. A avaliação sobre o curso é uma importante ferramenta por ser um espaço para o estudante dar o *feedback* a respeito do curso, sendo importante que ele seja repassado a toda a equipe que participou da realização do curso de modo a observar o que foi exitoso e o que pode ser ajustado (Veloso e Mill, 2020).

³⁴ As Coordenações pertencentes à Superintendência de Educação e Pesquisa em Saúde, são: Coordenação de Educação e Trabalho em Saúde; Coordenação de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Coordenação de Promoção, Cuidado e Vigilância em Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde no Brasil tem uma longa trajetória, inicialmente marcada por fiscalizações de profissionais da saúde e portos no período do Brasil Império. Com a Constituição de 1891, são abarcadas as questões de saneamento, passando depois pela aplicação de vacinas, caracterizada por ações que aconteciam, em sua maior parte, em centros urbanos, gerando um grande vale entre a realidade das cidades brasileiras (Scorel; Teixeira, 2012). Posteriormente, nota-se a emergência de movimentos em prol de uma política de saúde pública que ganha impulso após o primeiro Governo Vargas. A participação popular e da comunidade acadêmica trazem contribuições importantes nesse sentido. No entanto, apesar de iniciativas do Estado quanto ao aprimoramento dos serviços de saúde e de sua cobertura à população, apenas com a criação do SUS, em 1990, o país formula e implementa uma política de saúde de natureza universal.

O SUS é uma política robusta devido à sua rede de serviços e respectiva atenção à saúde, com incorporação de tecnologias de áreas de conhecimento diversas, resultando em cuidado individual, coletivo e em expressivo número de procedimentos realizados. Assim, para a implementação de tal política, faz-se necessário um numeroso, diversificado e capacitado quadro de profissionais, aptos a atuarem de forma resolutiva e com qualidade em aspectos diversos da saúde em prol da qualidade de vida da população de um território. As evidências do estudo apontaram que se trata de cursos pensados no contexto dos profissionais, que consideram a Política de Educação Permanente em Saúde, criada em 2004, trouxe contribuições para a área, com a recomendação da formação e da capacitação em caráter constante de seus profissionais, voltada para as respectivas áreas de atuação, a partir de uma interação ensino-serviço a ser realizada no cotidiano do trabalho. É uma política que reconhece que as demandas de capacitação são diversas, podem variar de região para região, abarcando possibilidades de capacitações distintas, seja para categorias profissionais específicas seja para equipes de trabalho que atuam no setor saúde ou de forma relacionada com ele. Nessa perspectiva, as escolas de governo são entendidas como *locus* privilegiado para a realização da formação e da capacitação dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), já que o próprio papel

institucional ao longo da história favorece a interface do ensino com as políticas de saúde em implementação no território de vida das comunidades.

As escolas de governo têm mostrado-se, desde as primeiras implantadas, como uma boa alternativa para a capacitação do setor público, sendo uma ferramenta para qualificação dos profissionais de modo a desenvolverem com maior eficiência suas atribuições, o que é um ponto de atenção tanto para a burocracia - no sentido de alinhamento das atribuições e de sua realização balizada em procedimentos e práticas formalmente prescritas – quanto para a NGP, movida formalmente pela busca da eficiência e do gasto consciente do recurso. Atualmente, existem escolas de governo nas três esferas de governo. A ESP-MG faz parte desse contexto, sendo sua criação anterior à criação do SUS.

Deve-se lembrar que a ESP-MG desenvolve pesquisas e cursos, o que possibilita que as observações feitas nas pesquisas contribuam para os cursos, assim como o que é desenvolvido em sala de aula possa ser assunto para outras pesquisas.

Na trajetória da ESP-MG, observa-se que as demandas foram modificando-se na medida em que o contexto na qual ela está inserida foi se alterando, como evidencia a fala do Entrevistado 1:

As temáticas vão mudando com o passar do tempo, dependendo do cenário da época. As demandas da área mudam. Por exemplo: em outros tempos, formações que eram ofertadas para os profissionais, hoje são “pré-requisitos” para se candidatar no concurso público. A formação que é feita é da ação na área de saúde pública e não da formação realizada para obtenção de um título de médico, por exemplo.

O SUS traz consigo demandas que, até então, não faziam parte do cenário da saúde pública no Brasil, como, por exemplo, a universalidade, que implica uma gama maior de temáticas a serem trabalhadas. Ressalta-se que a ESP-MG recebe demandas externas, como as enviadas pela SES, pelos Conselhos de Saúde, mas também faz propostas de cursos, tendo em vista ser uma instituição que também realiza estudos e possui *expertise* na área.

Pensando no cenário vivido pela ESP-MG, que não se iniciou como uma instituição, mas como um setor, desenvolveu-se, tornou-se uma instituição, salientando-se que seus primeiros cursos já iniciaram no ano seguinte à sua criação, ofertando cursos de grande impacto desde o início. Os cursos eram de temas voltados para carreiras específicas e para um cenário cuja atuação da saúde pública era menor do que o que se vê após a criação do SUS. Com a criação do SUS, a ESP-MG passou

a contribuir com formações e vem contribuindo até os dias atuais. As formações vão modificando-se no decorrer das décadas para atender às demandas daquele momento, em um cenário próprio. Há mudanças decorrentes de novas demandas da sociedade, mas também relativas às questões do SUS em que se pensam ações articuladas que envolvem profissionais diversos em uma política robusta.

A ESP-MG realiza capacitações em todo o território estadual, sendo, em alguns casos, os cursos são realizados em outros municípios além da capital mineira, onde está localizada sua sede. Em casos de treinamento nos municípios, a ESP- MG pode recorrer ao deslocamento dos profissionais para a realização da capacitação e, com a implantação da sua Assessoria de Educação à distância, a partir de 2018, conta, também, com a possibilidade de realizar as capacitações na modalidade EaD.

O início da Assessoria de Educação à distância deu-se pouco antes do início da pandemia de Covid-2019 (março de 2020), fazendo com que, em um curto espaço de tempo, a equipe tivesse o desafio de atender o número de demandas, que devido ao isolamento social necessário para o cenário, não comportaria capacitações presenciais. O rápido incremento do número de capacitados, ao mesmo tempo que revela o potencial da EaD para o desenvolvimento de suas atividades, sinaliza para sua consolidação no âmbito da instituição.

No campo da saúde, além de atender a demanda científica e acadêmica, as EG precisam responder as necessidades do sistema de saúde, que no caso da pandemia, têm características intersetoriais e mundiais. Esse momento mostrou a importância de superar o comodismo em relação à incorporação de tecnologias educacionais digitais, e apostar na inovação, principalmente nas instituições de ensino (Dutra, 2023, p. 19).

É o que ocorreu na ESP-MG. A instituição possui propostas para continuidade dos cursos na modalidade em EaD e apontam para a sua capilaridade, como mostra a fala do Entrevistado 2:

A Educação à distância representa para mim uma modalidade de ensino que considero efetiva que faz a qualificação dos profissionais. A ESP preza pela oferta de cursos de qualidade com conteúdo relevante para o aprimoramento profissional, desenvolvimento sobre primícias da Educação Permanente em Saúde. A EaD configura-se, também, como um importante aliada na capilarização das ações educacionais chegando aos lugares mais longínquos no tempo e no espaço dos trabalhadores.

Diante do apresentado, é possível identificar que o SUS traz mudanças para o cenário em que se encontra a ESP-MG, assim como a EaD é uma ferramenta que contribui e vem sendo utilizada para a capacitação dos trabalhadores da saúde

pública, contribuindo para uma maior eficiência do setor. Durante a pesquisa não foi possível trabalhar com informações a respeito do acompanhamento dos estudantes após os cursos, o que permitiria aprofundar nas questões ligadas à aplicação dos conhecimentos adquiridos no curso nas práticas diárias. Devido ao volume de trabalho para a equipe atual, não é possível, no momento, que eles façam o acompanhamento aprofundado, nem seria viável nessa pesquisa fazer o contato com os estudantes, de forma a ter uma amostra significativa.

Outro ponto que poderia gerar novos estudos é o perfil dos estudantes que optam pelos cursos em EaD da ESP-MG atualmente, de forma a conhecer um pouco mais sobre o público dos cursos (perfil: faixa etária, gênero, formação acadêmica e região), suas demandas e se os conhecimentos são replicados para as equipes de trabalho.

O campo é vasto e as possibilidades diversas, sendo concebíveis inúmeros novos estudos de importância para pensar-se uma área de tão relevante para o bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. Burocracia e ordem democrática: desafios contemporâneos e experiência brasileira. *In*: PIRES, Roberto; LOTTA, Gabriela; OLIVEIRA, Vanessa Elias de (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea: Enap, 2018. Cap. 1, p. 23-57. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180705_livro_burocracia_e_politicas_publicas_no_brasil.pdf Acesso em: 11 dez. 2023.

ALMEIDA, Onília Cristina de Souza de; ABBAD, Gardênia; MENESES, Pedro Paulo Murce; ZERBINI, Thaís. Evasão em Cursos a Distância: Fatores Influenciadores. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-33, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v14n1/04.pdf> Acesso em: 5 fev. 2025.

ALMEIDA, Shirley Patrícia Nogueira de Castro e; MEIRA, José Normando Gonçalves; SILVA, Márcio Antônio. Burocracia e educação: análise da implantação do par em Pirapora – MG. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 5, n. 2, p. 135-155, jul./dez. 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufv.br/educacaoemperspectiva/article/view/6689/2751> Acesso em 11 fev. 2024.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. **Destino áspero: história em construção da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2001.

ALVES, João Roberto Moreira. A história da EAD no Brasil. *In*: LITTO, Fredric M.; FORMIGA, Marcos. **Educação à distância: o estado da arte**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2009. p. 9-13.

ASSIS, Poliana Cabral de. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em relação às ações formativas executadas pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/37114/Poliana_Assis_EPSJV_Mestrado_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y Acesso em: 17 jan. 2024.

AVRITZER, Leonardo. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2012. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1739.pdf Acesso em 18 de dez. de 2024.

AZEVEDO, Clovis Bueno de; LOUREIRO, Maria Rita. Carreiras públicas em uma ordem democrática: entre os modelos burocrático e gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 54, n. 1, p. 47 – 61, jan. – mar. 2003. Disponível em:

<https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/261/266> Acesso em: 29 mar.

2024.

BICHIR, Renata. Agendas de reformas e descentralização de Políticas: um balanço das trajetórias da saúde e da assistência social. In: CAVALCANTE, Pedro Luiz Costa;

SILVA, Mauro Santos. **Reformas do estado no brasil trajetórias, Inovações e desafios**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. Cap. 7, 187 – 213. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10927/1/AgendasReformasDescentraliza%c3%a7ao_cap07.pdf Acesso em 23 de fev. de 2024.

BRANCO, Lilian Soares Alves; CONTE, Elaine; HABOWSKI, Adilson Cristiano. Evasão na Educação à distância: pontos e contrapontos à problemática. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 25, n. 01, p. 132-154, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/MHWXpfQMQ4jGQzR7TBrMXxN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 03 de mar. de 2025.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990** dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em 22 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Universidade Aberta do Brasil (UAB)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/politica-de-educacao-inclusiva?id=12265> Acesso em 5 mar 2025

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_198_2004.pdf Acesso em 22 jan. 2025.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Acesso em 22 de jan. de 2025.

BRASIL. Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017** Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9057.htm Acesso em 02 de jan. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pneps> Acesso em 17 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde** b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus> Acesso em: 7 jan. 2024.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990** d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. UNA-SUS. **Conheça a UNA-SUS** e. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus> . Acesso em: 18 nov. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2005/decreto-5622-19-dezembro-2005-539654-publicacaooriginal-39018-pe.html> Acesso em 3 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009** Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970_25_11_2009.html Acesso em 1 fev. 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, v. 50, n. 1, p. 112-116, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/gfRLmWnLrxgkj6ChFJrZ53s/#> Acesso em: 13 fev. 2024.

CAMPOS, Kleber Agari; SANTOS, Fernanda Marsaro dos. A Educação à distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 67, n 4, p. 603-626, out.- dez. 2016. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2937/1/A%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20A%20DIST%C3%82NCIA%20NO%20%C3%82MBITO%20DA%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20PERMANENTE%20EM%20SA%C3%9ADE.pdf> Acesso em: 10 nov. 2024.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YgmHSdNrqr6LNCQV4rdq8P/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 20 dez. 2024.

CARNEIRO, Ricardo; MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 135-194. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/895sg/pdf/noronha-9788581100159-06.pdf> Acesso em: 13 mai 2024.

CAVALCANTE, Pedro; CARVALHO, Paulo. Profissionalização da burocracia federal brasileira (1995-2014): avanços e dilemas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 1-26, jan. - fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/V4hrrtrbXdkdWdGy69wtwyg/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 17 mar. 2024.

CHAQUIME, Luciane Penteado; Mill, Daniel. A institucionalização da Educação à distância como tema de pesquisa: uma análise da produção apresentada nas primeiras edições do SIED:ENPED. In: **Congresso Internacional de Educação e Tecnologias: encontro de pesquisadores em Educação à distância**, 2018, São Carlos. Anais, São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2018. Disponível em: <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2018/article/view/366> Acesso em 23 dez. 2024.

COELHO, Patricia Margarida Farias; COSTA, Marcos Rogério Martins; MATTAR NETO, João Augusto. Saber Digital e suas urgências: reflexões sobre imigrantes e nativos digitais. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 1077- 1094, jul.-set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/MWjfN6dGG6bbz4WsJKHpmLN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 2 fev. 2025.

COHN, Amélia. O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 385-405.

CÓSSIO, Maria de Fátima. A nova gestão pública: alguns impactos nas políticas educacionais e na formação de professores. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 66-73, jan.-abr. 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/29528>. Acesso em: 7 set. 2023.

DIAS, Danilo Augusto; MILL, Daniel. Hibridização e Educação 4.0 – Perspectivas para o Futuro da EaD. **EaD em Foco**, v. 14, n. 2, 2024. Disponível em: <https://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/2245/928> . Acesso em: 29 jan. 2025.

DUTRA, Evelyn de Britto. **Estratégias de Educação à distância em tempos de pandemia**. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em

Saúde) - Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/64368> Acesso em: 9 dez. 2024.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Institucional**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2022. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/sobre/institucional/a-escola> Acesso em: 12 dez. 2023.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2024-2028**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2 ed. rev. and enl. p. 323 - 364. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56084> Acesso em 11 jan. 2024.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L., SCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2 ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56084> Acesso em: 20 nov. 2024.

EVARISTO, Jorge Luiz de Souza; SANTOS, Ana Cristina Batista-dos; AGUIAR, Rafaela Gomes; SOUSA, Juliana Carvalho de; FRANCO, Andreza Ferreira Mota. Escolas de governo e seu papel estruturante na formação de servidores em tempos de Nova Gestão Pública: relatos de experiências no Nordeste brasileiro. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 70, p. 107-131, 2019. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1488>. Acesso em: 2 set. 2023. FALEIRO, Fernanda Rosiak Gonzaga; LEMOS, Cristiane Lopes Simão; CARDOSO, Clever Gomes. Desafios para a Formação Técnica em Saúde na Educação à distância. **EaD Em Foco**, v.10, n 1, 2020. Disponível em: <https://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/990>. Acesso em 1 fev. 2025

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=p t> Acesso em: 14 abr. 2024.

FERNANDES, Ciro Campos Christo. Escolas de Governo: conceito, origens, tendências e perspectivas para sua institucionalização no Brasil. In: **VIII Congresso CONSAD de Gestão Pública**, 2015, Brasília. Anais. Brasília: 2015. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2238/1/027.pdf> Acesso em: 14 fev. 2024.

FILATRO, Andréa; MOTA, Natália Teles da. Ambientes virtuais de aprendizagem: desafios de uma escola de governo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 64, n 1, p. 109-122, jan/mar 2013. Disponível em:

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/117/114> Acesso em: 1 de nov. de 2024.

FUKUYAMA, Francis. **What Is Governance? Documento de trabalho nº 314 do Centro para o Desenvolvimento Global**, 25 de janeiro de 2013. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2226592 Acesso em: 22 nov. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PEREIRA, Ana Karine. Capacidades estatais para políticas de infraestrutura no Brasil contemporâneo. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 52(5), p. 935-955, set. - out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/GkZQC4fxKjfnJbWpxpXnvKS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 20 nov. 2023.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SÁ, Márcio de Oliveira; MELO, Lívia Cruz Tourinho de; BARBOSA, Silvia Teles; VASCONCELLOS, Clara Mutti; GOMES, Sabrina Torres. **Da descrição do caso à construção da teoria ou da teoria à exemplificação do caso? Uma das encruzilhadas da produção do conhecimento em administração e áreas afins**. Organizações & Sociedade, v. 12, n. 35, p. 47–68, out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/zLQqTyLhLw7rz3pMQfPZdxS/?lang=pt#> Acesso em: 7 abr. 2024.

GRIN, Eduardo José. Notas sobre a construção e a aplicação do conceito de capacidades estatais. **Teoria e Sociedade** nº 20.1 – jan.- jun. de 2012. Disponível em: https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/notas_sobre_a_construcao_e_a.pdf Acesso em: 21 nov. 2023.

HERMIDA, Jorge Fernando; BONFIM, Cláudia Ramos de Souza. A educação à distância: história, concepções e perspectivas. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. especial, p.166–181, ago 2006. Disponível em: https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/4919/art11_22e.pdf Acesso em 05 fev. De 2025

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar** (Editora UFPR), Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/YFprXwcGwr3jrnCXwRM8TGB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 mar. 2025.

JESUS, Josefa Maria de; Rodrigues, Waldecy. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GP8Tbc45LMsFMNvd8fbx9fz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 22 jan. 2025.

WK KELLOGG FOUNDATION. **Missão**. Disponível em: <https://www.wkkf.org/who-we>

are/ Acesso em: 19 nov. 2024.

LAPA, Andrea Brandão; BELLONI, Maria Luiza. Educação à distância como mídia-educação. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 30, n. 1, p. 175-196, jan./abr. 2012. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2012v30n1p175/21919> Acesso em: 27 jan. 2025.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

MACHADO, Cristiani Vieira. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1-6, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bPwZcCFLf8bqkSR6YMfmPvF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 3 mar. 2025.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina; FRANÇA, Tania; VIEIRA, Swheelen de Paula; MIRANDA, Rômulo Gonçalves de; NASCIMENTO, Dayane Nunes. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, mai. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMTDTk93M9jbbGjMwLnG6yw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 28 jan. 2025.

MATTAR, João; RODRIGUES, Lucilene Marques Martins; CZESZAK, Wanderlucy; GRACIANI, Juliana. Competências e funções dos tutores online em Educação à distância. **Educação em Revista**, v.36, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/edur/a/wDMtcL9SsDw5ZMFLfxr98Cw/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 29 dez. 2024.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cp/a/BdSdmX3TsKKF3Q3X8Xf3SZw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 8 abr. 2024.

MEDEIROS, Fernandina Fernandes de Lima; PARESCHI, Claudinei Zagui; MILL, Daniel. A evasão dos estudantes na Educação à distância: desafios e dilemas. In: **Congresso Internacional de Educação e Tecnologias e de Educação à distância**, 2024, São Carlos-SP: UFSCar, 2024. Disponível em:

<https://ciet.ufscar.br/submissao/index.php/ciet/article/view/2664/2682> Acesso em: 4 mar. 2025.

MELO NETO, José Augusto de. Superando barreiras naturais: a EAD na região amazônica. In: LITTO, Fredric M.; FORMIGA, Marcos. **Educação à distância - o estado da arte: volume 2** São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012. p. 6-10.

MENICUCCI, T. M. G.. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, jul. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jjYrqX6JTYN8cDWFdNXKtYC/#> Acesso em: 26 fev. 2024.

MILL, Daniel; FIDALGO, Fernando. Estudo sobre relações de saber em sistemas de Educação à distância virtual. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 22, n. 01, p. 227-256, jan./jun.2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/10099> . Acesso em: 8 jan. 2025

MINAS GERAIS. **Decreto-Lei nº 1.751, de 03/06/1946**. Reorganiza o Departamento Estadual de Saúde, 1946. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEL/1751/1946/> Acesso em: 20 jan. 2024.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 48.711, de 26/10/2023**. Dispõe sobre a organização da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2023. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48711/2023/>. Acesso em: 5 jan. 2024.

MINAS GERAIS. **Organograma da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: https://www.mg.gov.br/instituicao_unidade/escola-de-saude-publica-do-estado-de-minas-gerais-esp Acesso em: 3 mar. 2025.

MORENO, L. G.; ANGNES, J. S.; LIMA, L. F. de. A profissionalização da função pública sob a perspectiva da Nova Governança Pública. **Revista ADMPG**, [S. l.], v. 11, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/admpg/article/view/19695>. Acesso em: 23 set. 2023.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2 ed. rev. and enl. p. 323 - 364. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/Políticas-sistema-saude-Brasil.pdf> Acesso em 20 nov. 2024.

NUNES, Ivônio Barros. A história da EAD no mundo. *In*: LITTO, Fredric M.; FORMIGA, Marcos. **Educação à distância: o estado da arte**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2009. p. 2-8.

OKADA, Alexandra Lilavati Pereira; SANTOS, Edméa Oliveira dos. Articulação de saberes na EAD: por uma rede interdisciplinar e interativa de conhecimentos. *In*: X Congresso Internacional de Educação à distância, 2003, São Paulo. Abed: Associação Brasileira de Educação à distância. Disponível em: <https://www.abed.org.br/congresso2003/docs/anais/TC11.htm> Acesso em 18 dez. 2024.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Painel da OMS COVID-19**. Disponível em:

<https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?m49=076&n=c> Acesso em: 17 dez. 2024.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic**. 2023. Disponível em:

<[https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7D&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsuSzBhCLARIsAlcdLm7NbsJPjqWcrO5bwSz758m53hh0Ngvy6WUIAU4ngL3LhJxzM9agILkaAjG2EALw_wcB](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7D&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsuSzBhCLARIsAlcdLm7NbsJPjqWcrO5bwSz758m53hh0Ngvy6WUIAU4ngL3LhJxzM9agILkaAjG2EALw_wcB)>. Acesso em: 17 dez. 2024.

OREIRO, José Luís; FERREIRA-FILHO, Helder Lara. A PEC 32 da Reforma Administrativa: Uma análise crítica. **Revista de Economia Política**, v. 41, n. 3, p. 487–506, jul. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rep/a/djDvQj9mJ9xQS5RcWw8sVbq/?lang=pt#> Acesso em: 2 nov. 2023.

PACHECO, R. S. Escolas de governo como centros de excelência em gestão pública: a perspectiva da ENAP — Brasil. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 53, n. 1, p. p. 75-88, 2002. Disponível em:

<https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/280>. Acesso em: 24 set. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/#> Acesso em: 18 jan. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. Conjuntura e políticas de saúde: do PREV-SAÚDE ao Plano do CONASP. **Saúde: Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 39-60.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998. Disponível em:

[scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRjTsgSdw7y/?lang=pt&format=pdf](https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRjTsgSdw7y/?lang=pt&format=pdf). Acesso em: 11 jan. 2024.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf Acesso em: 25 mai. 2025.

PETRUCCI, Vera Lúcia; SANTOS, Maria Helena de C; BRITO, Marcelo. Dois modelos polares de Escola de Governo: o francês e o americano. *In*: PETRUCCI, Vera Lúcia; SANTOS, Maria Helena de C; BRITO, Marcelo. **Escolas de Governo e Profissionalização do Funcionalismo**. Brasília: ENAP/CDID, 1995. p. 11-17.

REDE BRASILEIRA DE ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA. **Outros documentos**.

Rio de Janeiro: Redescola, 2025. Disponível em:
<https://redescola.ensp.fiocruz.br/documentos/outros-documentos> Acesso em: 4 jan. 2025.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Escolas**. Rio de Janeiro: RET-SUS, 2025. Disponível em:
<https://redescola.ensp.fiocruz.br/documentos/outros-documentos> Acesso em: 4 jan. 2025.

ROTHEN, José Carlos. O ensino superior e a Nova Gestão Pública: aproximações do caso brasileiro com o francês. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 970-995, set. 2019. Disponível em:
http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-71992019000300970&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 set. 2023.

SANTOS, Geisa Cristina Nogueira Plácido dos. **Ensino à Distância para Educação Profissional Técnica de Nível Médio: uma alternativa para a formação de novos sujeitos do SUS?** 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10337/1/DiSS%20GEISA.pdf> Acesso em 19 dez. 2024.

SCHABBACH, Letícia Maria; RAMOS, Marília Patta. As Escolas de Governo e o desafio da formação dos servidores públicos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília v.75, n. 3, p. 557–579, jul/set. 2024. Disponível em:
<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/8049/1/10068-Texto%20do%20Artigo-34206-1-10-20241002.pdf> . Acesso em 5 dez. 2024.

SILVA, Adriane das Neves; SANTOS, Ana Maria Gualberto dos; CORTEZ, Elaine Antunes; CORDEIRO, Benedito Carlos. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-117, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/i/2015.v20n4/> . Acesso em 8 jan. 2025.

SILVA, Danilo Garcia da; SOUZA, Helen Santana Manguieira de. De avanços a retrocessos: dilemas para a Educação à distância na cultura digital. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 45, p. 88 - 104, 2024. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/es/a/dSGT9vpQnqZngvL8wGYGDKs/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 24 de dez. 2024.

TORREZ, Milta Neide Freire Barron. Educação à distância e a formação em saúde: nem tanto, nem tão pouco. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 171–186, mar. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/cSnnr3SkQ5VKHLVKyV357Lv/#> Acesso em 16 ago. 2023

VALE, Larissa Meneghini. **A atuação da burocracia de médio escalão na resposta à pandemia de COVID-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS/MG**. 2023. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2023.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais. Uma reflexão a partir da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2000.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-11122003-165226/publico/TDE.pdf> Acesso em 10 jan. 2024.

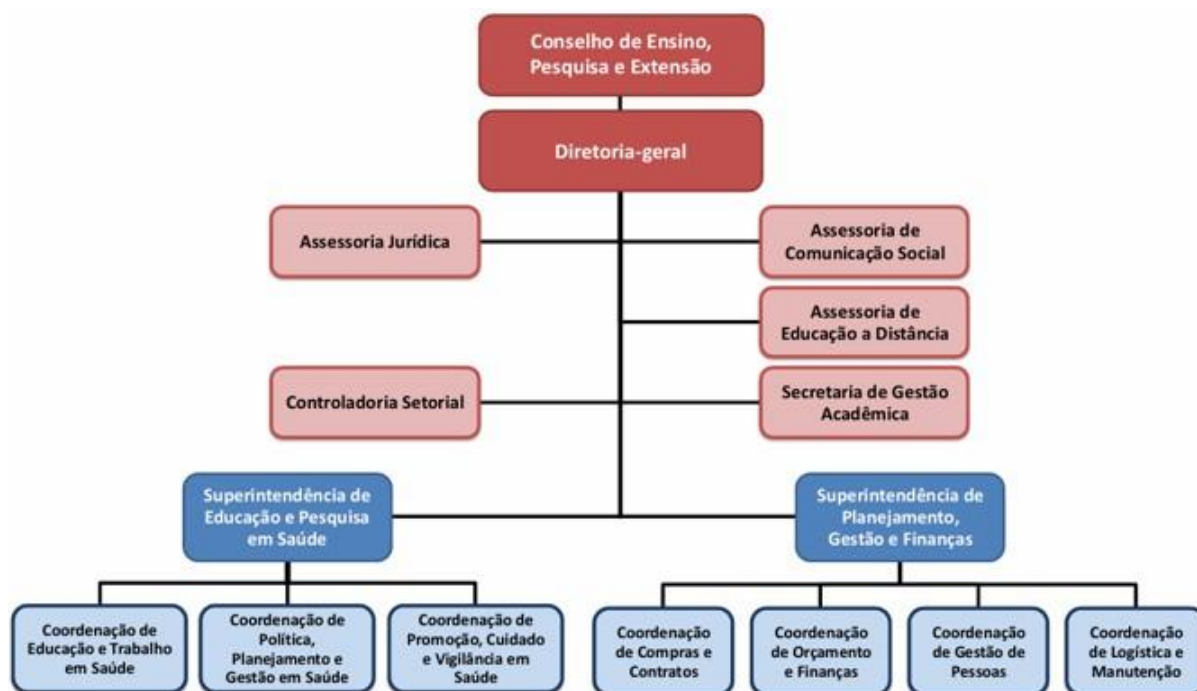
VELOSO, Braian; MILL, Daniel. Institucionalização da Educação à distância pública enquanto fenômeno essencialmente dialético. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.38, p. 01-22, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/edur/a/rZrHFb9Dz4SJqTNyc7QfxyK/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 27 jan. 2025.

VELOSO, Braian Garrito; MILL, Daniel. Relações de saber e poder na Educação à distância: uma análise sobre a Universidade Aberta do Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 27, n. 3, p. 37-60, jul./set., 2020. Disponível em:

<https://cajapio.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/8852/8504> Acesso em 30 dez. 2024.

Anexo 1 – Organograma da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais



Fonte: mg.gov.br