



UFES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro

**CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DIFUNDIDAS POR GESTORES.**

VITÓRIA
2014

FERNANDA CRISTINA DE ABREU QUINTELA CASTRO

**CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DIFUNDIDAS POR GESTORES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C355c Castro, Fernanda Cristina de Abreu Quintela, 1984-
Concepções de educação permanente em saúde difundidas
por gestores / Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro. –
2014.
74 f.

Orientador: Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Educação em Saúde. 2. Gestor de Saúde. 3. Recursos
Humanos. 4. Sistema Único de Saúde. I. Dalbello-Araujo,
Maristela. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

FERNANDA CRISTINA DE ABREU QUINTELA CASTRO

CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DIFUNDIDAS POR GESTORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo (orientadora)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Ramos
Universidade Federal do Espírito Santo

Ao meu amor, Thiago Augusto de Sousa Castro, que esteve ao meu lado nessa caminhada.

À minha mãe, Maria Leida de Abreu Quintela, pelo apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me proporcionado a oportunidade de aprender e crescer profissionalmente.

Agradeço ao Thiago, meu esposo, que esteve comigo durante todo esse tempo, me incentivando e acolhendo. A ele todo o meu amor.

Agradeço a minha mãe, Maria Leida, que sempre acreditou em mim e me ensinou a não desistir.

Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Maristella Dalbello-Araujo, que esteve comigo durante estes dois anos, compartilhando saberes e acreditando no meu potencial.

Agradeço aos amigos do Gemtes e do mestrado, pelas amizades construídas e pelos sorrisos e abraços que tornaram esse percurso mais feliz.

Aos professores e funcionários da instituição pela convivência prazerosa além de valiosas contribuições.

A todas as pessoas, mesmo não mencionadas, que contribuíram com os seus conhecimentos, me apoiaram emocional e espiritualmente e que foram fundamentais para realização dessa conquista. A vocês, meu muito obrigado.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção.

(Paulo Freire)

RESUMO

CASTRO, F.C.A.Q Concepções de Educação Permanente em Saúde difundidas por gestores. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014, 74 p.

Em 2004, com a publicação da Portaria nº198 GM/MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída e reconhecida como uma estratégia do SUS para a formação, desenvolvimento e reorganização das práticas e dos serviços, passando a ser compreendida como ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde, com o intuito de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho nas instituições de saúde. Com esse entendimento, realizamos esta pesquisa com o objetivo de analisar as concepções de Educação Permanente em Saúde (EPS) difundidas por gestores da secretaria de saúde do município de Baixo Guandu/ES. Esta pesquisa possui cunho exploratório, descritivo e é de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de nove entrevistas com roteiro semiestruturado, com objetivo de conhecer as concepções de EPS existentes e verificar se as mesmas correspondem aos princípios propostos pela PNEPS. A partir da análise dos dados constatou-se que os gestores apresentam diferentes interpretações e baixa apropriação do conceito de EPS, não conseguindo estabelecê-lo de acordo com o preconizado pela política; que as ações promovidas são frágeis e apresentam-se pautadas em modelos hegemônicos de educação; e que as principais dificuldades para a implementação da estratégia relacionam-se à falta de recursos financeiros, de apoio e interesse político, alta rotatividade profissional e ausência de um órgão específico para a condução locorregional da política.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Gestores, Recursos Humanos, SUS.

ABSTRACT

CASTRO, F.C.A.Q Conceptions of Permanent Education in Health disseminated by managers. Dissertation (Public Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2014, 74 p.

In 2004, with the publication of Ordinance number 198 GM / MS , the National Policy for Continuing Education in Health was established and recognized as a SUS's strategy for health care to training, development and reorganization of practices and services , becoming understood as educational activities based in the questioning of the labor process in health , with the aim of transforming the professional practice and organization of work itself in health institutions . With this understanding, we conducted this study in order to analyze the conceptions of Permanent Education in Health disseminated by managers of health department of the city of Baixo Guandu / ES. This research has exploratory and descriptive research is a qualitative approach. Data collection was conducted through nine interviews with script semi-structured, in order to meet the conceptions of permanent education existing and verify that they correspond to the principles proposed by policy. From the data analysis it was found that managers have different interpretations and low appropriating the concept of permanent education , failing to establish you according to the criteria of the policy, the shares are fragile promoted and present guided by hegemonic models education , and that the main difficulties for the implementation of the strategy relate to the lack of financial resource, support and political interest , professional high turnover and lack of a specific agency for region conduct of policy.

Keywords: Continuing Education in Health, Managers, Human Resources, SUS .

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço

CGR's – Colegiados de Gestão Regional

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EC – Educação Continuada

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ET-SUS – Escola Técnica do Sistema Único de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa em Educação

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PE – Plano Estadual

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEPS – Pólos de Educação Permanente em Saúde

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPGASC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PREPS – Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde

PROFAE– Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem

PROFAPES – Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SESA – Secretaria do Estado da Saúde

SESC – Serviço Social do Comércio

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUDENE – Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A TRAJETÓRIA HISTÓRICO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE. 13	
2.1. Educação Permanente no Contexto da Saúde.	16
3. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL.....	22
4. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NOS ÚLTIMOS ANOS.....	28
5. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	36
5.1. Objetivo Geral	36
5.2. Objetivos Específicos.....	36
6. MÉTODO.....	37
6.1. Desenho do estudo.....	37
6.2. Cenário	37
6.3. Procedimento de produção de dados.	39
6.4. Análise e interpretação dos resultados	39
7. RESULTADOS	42
7.1. Concepções sobre Educação Permanente em Saúde	42
7.2. Ações de Educação Permanente em Saúde realizadas em Baixo Guandu...50	
7.3. Dificuldades e Potencialidades da Educação Permanente em Saúde produzidas em Baixo Guandu.....	55
8. CONCLUSÕES	60
9. REFERENCIAS.....	62
APÊNDICES	68
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B.....	70
ANEXOS	71
ANEXO 1	72
ANEXO 2	73

1. INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma proposta de ação estratégica que auxilia na transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, bem como, da organização dos serviços. Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção dessa estratégia, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004a).

Historicamente, a EPS constituiu-se como um conceito educativo que vai além das capacitações e cursos de caráter pontual ou emergencial. Ela foge dos modelos tradicionais e atua como dispositivo de mudança de práticas e de sujeitos, uma vez que se baseia em metodologias ativas e no completo envolvimento do indivíduo.

Entendemos, portanto, que a EPS atua promovendo a problematização das ações instituídas no interior dos serviços de saúde, favorecendo a criação de espaços de discussão amplos e coletivos que proporcionam inúmeras trocas de experiências e saberes entre diversos atores, cujo intuito maior, é fortalecer o diálogo rumo à estruturação efetiva dessa política nas diferentes esferas de gestão.

O interesse pela temática das políticas de saúde públicas no Brasil, mais especificamente sobre a da EPS, surgiu em 2010, durante a participação no curso de especialização em gestão do trabalho e educação na saúde.

Naquela época, por atuar como coordenadora do Núcleo de EPS (NEPS) da cidade de Baixo Guandu e participar de algumas reuniões com outros gestores, não pude deixar de avaliar minha prática de trabalho e, por muitas vezes, questionei-me sobre qual a melhor forma de estruturar e implementar a proposta da Política Nacional de EPS (PNEPS) em um cenário municipal.

Entrei no curso de Mestrado, em 2012, com a certeza de que queria pesquisar mais sobre esse assunto, e ao retomar algumas discussões e indagações, escolhi desenvolver a pesquisa nessa cidade, por ela apresentar um recente processo de

implementação da EPS e, por ter sido nela, a minha primeira experiência com o tema.

Com esse pensamento, fez-se importante, então, a análise das concepções de EPS apresentadas pelos gestores, bem como, verificar se suas ideias vão ao encontro do que é proposto pela política ministerial, pois acreditamos que essa concepção influencia diretamente nas práticas instituídas e, conseqüentemente, no modo como a política é conduzida cotidianamente no município.

A partir da postura que assumimos perante o mundo, como pesquisadores, nos preocupamos “para quê e para quem realizamos nossas pesquisas e com qual finalidade nos aproximamos do real para conhecê-lo” (DALBELLO-ARAUJO, 2008, p.119). Assim, esperamos com este estudo, contribuir para o conhecimento e a compreensão da PNEPS, afim de que ela seja valorizada pelos profissionais, institucionalizada nos serviços de saúde e cada vez mais fortalecida.

Desejamos, ainda, contribuir com a produção teórica que envolve a política e as práticas de EPS, pois reconhecemos que uma das competências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGASC) é o desenvolvimento de estudos de temáticas contemporâneas, que em parceria com os distintos seguimentos, possibilita a construção de diferentes modos de se fazer saúde, com sujeitos mais autônomos, críticos, envolvidos com as práticas de trabalho e o desenvolvimento e fortalecimento do SUS.

Nesse sentido, verifica-se que o esforço despendido para realização deste trabalho, permitiu conhecer com os gestores envolvidos, o cenário da EPS presente no município de estudo e as informações necessárias para alcançar os objetivos propostos por esta dissertação.

2. A TRAJETÓRIA HISTÓRICO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE.

Durante diferentes momentos de nossa história, o discurso sobre Educação Continuada (EC) esteve presente, porém a noção de Educação Permanente (EP) e seu significado só foram registrados no cenário internacional por volta de 1972, na França, com a produção do relatório da Comissão Internacional para o desenvolvimento da Educação, mais conhecido como Relatório Faure (AMYOT e PINEAU, 1974, apud AROUCA, 1996). Contudo, foi a “II Conferência Mundial sobre Educação de Adultos em Montreal-Canadá, 1960, que teve o mérito de haver proclamado essa noção pela primeira vez” (AROUCA, 1996, p.66).

O Relatório Faure, instituído pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), foi presidido pelo francês Edgar Faure, antigo presidente do Conselho e ex-ministro da Educação Nacional, na época.

A UNESCO, juntamente com Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outros órgão internacionais, passaram, a partir de então, a incorporar os conceitos, objetivos e implicações da EP e suas práticas, cujos resultados das pesquisas realizadas em Montreal, no Canadá, e nas Conferências Mundiais de Educação para Adultos reagruparam os autores da época em três principais correntes, a saber: corrente Internacional, americana e europeia (AROUCA, 1996).

De acordo com Arouca (1996) a corrente internacional foi marcada pela crise mundial da educação, afetando desde os países desenvolvidos aos países com pouco poder econômico. As transformações políticas, científicas, econômicas e sociais evidenciadas no período pós-industrialização geravam questionamentos sobre as necessidades educativas da população, existindo um paradoxo entre o processo de evolução iniciado e a presença de operários desatualizados.

Na corrente americana o processo de discussão sobre a educação de adultos se faz presente há anos, assim como a perspectiva da EP cujos objetivos fizeram parte do cotidiano dos universitários daquele país (AROUCA, 1996), assumindo sua forma definitiva, em inglês, segundo Furter (1977), como *life long education*, em 1929, numa obra de A. B. Yarlee. As principais tendências para a educação de adultos nos

Estados Unidos foram a reformista (1919-1929), marcada pela crise econômica pós I Guerra Mundial, a de orientação profissional (1929-1946), no período da depressão econômica, e a tendência eclética (1946-1964), que abrange o período de pós II Guerra Mundial (AROUCA, 1996).

Essas tendências influenciaram as opiniões de educadores de adultos, que passaram a seguir diversas linhas de pensamento, refletindo em sua maneira de agir e de estabelecer críticas quanto às necessidades de desenvolvimento econômico e de profissionalização dos indivíduos (AROUCA, 1996).

O movimento da corrente europeia nasceu da educação popular a partir de 1945, quando educadores europeus começaram a entender as dificuldades e limitações do regime formal de educação naquele período, ressaltando que as definições de EP discutidas na época projetavam-na para além dos limites dos regimes instituídos, propondo-se a análise das situações de formação no diferentes setores com o intuito de promover a sistematização de instrumentos úteis para o desenvolvimento dos indivíduos (AROUCA, 1996).

Assim, com a propagação desses pensamentos e conceitos pelo mundo, a EP chega à América Latina atrelada a um contexto de subdesenvolvimento, desigualdades sociais e industrialização tardia. Isso contribuiu, segundo Lampert (2005), para que a EP fosse vista como uma possibilidade de auxiliar no desenvolvimento econômico “e, no Brasil, na década de 1960, após o desmantelamento dos movimentos de educação popular, como uma arma poderosa de alienação” (LAMPERT, 2005, p.2).

Segundo o mesmo autor, a EP, baseada nessa ideologia capitalista, era entendida geralmente como uma ação educativa sem contexto, que oferecia ao homem, objeto do processo, uma gama de perspectivas para se atualizar continuamente, capacitando-se para o mercado de trabalho, com o único objetivo de produzir mais e, conseqüentemente, aumentar os lucros dos opressores (LAMPERT, 2005).

Esse processo esquece a essência, que é o homem, e a própria dialética do processo educativo de ler, compreender e de transformar o mundo. Por outro ângulo, o homem necessita de uma educação permanente, porque deseja se aperfeiçoar continuamente, porque jamais cessa de tornar-se homem. Daí a necessidade imperiosa de os países da América Latina e do Caribe oferecerem uma educação permanente voltada à existência, à

totalidade do homem e não somente com fins utilitários e pragmáticos (LAMPERT, 2005, p.11).

Assim, atrelado ao pensamento da educação dos adultos, a UNESCO estimulou o processo de propagação da EP como assunto pedagógico no Brasil, no início dos anos 60 (AROUCA, 1996).

Nessa linha, tendo Pierre Furter como introdutor do tema no Brasil (LAMPERT, 2005), foram ministrados cursos e publicados inúmeros livros que conquistaram influência no cenário nacional ao ponto de fazer com que a EP se tornasse parte da literatura brasileira e tivesse o apoio das organizações no país. Nesse período, várias instituições contribuíram para a estruturação desse conceito no Brasil e entre elas podemos destacar a participação do Serviço Social do Comércio (SESC), Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), Ministério da Educação e Cultura (MEC), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) e UNESCO (AROUCA, 1996).

Em 1969, dando continuidade a este processo, discussões sobre a EP atingem relevantes reflexões no país, com a publicação do artigo “Um novo mundo, uma nova educação”, do autor brasileiro Dumerval Trigueiro Mendes. Nesse artigo, publicado originalmente em 1969 e reeditado em 2000, Mendes (2000) destaca que é necessário reformular a educação para que não permaneçamos em um atraso irreparável com o nosso tempo e com a nossa própria sociedade, ressaltando que a EP deve ser entendida como um sistema aberto que utiliza toda a potencialidade da escola e da sociedade para produzir os valores, conhecimentos e técnicas que servem de base à práxis humana em toda a sua extensão.

Para Mendes (1976), a educação de adultos e a formação profissional ao longo da vida, discutidas por diversos educadores e pesquisadores durante a década de 60, representavam aspectos distintos do que estava sendo denominado de EP. Para o referido autor, a EP partiria de concepções em que o aprender não é adquirido somente no ambiente escolar formal, mas também pode ser desenvolvido e aprimorado em meio à realidade experimentada por cada indivíduo no seu cotidiano.

Dessa maneira, o sistema de EP ocorreria por meio de um processo bipolar entre escola e sociedade, de modo que a escola realizasse toda a sua possibilidade de

educar a sociedade e a sociedade utilizasse toda a sua possibilidade de educar-se a si mesma (MENDES, 2000).

Em 1983, um relevante movimento educacional ocorreu também na América Latina a partir da criação da Universidade Aberta – UNI 3, em Montevideu, no Uruguai. No início, o caráter da UNI 3 era voltado exclusivamente para a terceira idade, contudo, logo aderiu à proposta da EP (LAMPERT, 2005). Seu intuito era “dar o direito de todo o adulto a ser, participar, contribuir como protagonista do desenvolvimento da comunidade, dar e receber, tomar decisões, cultivar novas amizades, tornar mais rica, digna e humana a vida” (BAYLEY, 1994, p.95).

Assim, a UNI 3 propôs em suas oficinas, a investigação de processos de aprendizagem por meio da EP, cujo caráter político pedagógico que baseava-se em Paulo Freire e Carl Rogers, estabelecia ações de educação participativa, de maneira que ocorresse maior interação e troca entre educador e educando, ocorrendo crescimento mútuo dos envolvidos no processo (BAYLEY, 1994).

Posteriormente, no final da década de 90, a UNESCO rediscute a EP ao publicar o relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Tal relatório, organizado por Jacques Delors, reescreve as novas perspectivas da EP para o mundo e amplia o entendimento de seu conceito inicial para

além das necessidades imediatas de reciclagem profissional, corresponde pois, atualmente, não só a uma necessidade de renovação cultural, mas também, e sobretudo, a uma exigência nova, capital, de autonomia dinâmica dos indivíduos numa sociedade em rápida transformação (UNESCO, 1998, p.112).

Com essa nova perspectiva, o relatório da UNESCO reforça que a EP vai além do que é praticado, principalmente nos países desenvolvidos. Contudo, permanece a ideia das formações práticas e aperfeiçoamentos profissionais ligados a exigências do mercado (UNESCO, 1998), ou seja, a valorização do aprimoramento educacional do ser humano em prol do mercado de trabalho.

2.1. Educação Permanente no Contexto da Saúde.

O planejamento de ações para área de recursos humanos na saúde apareceu pela primeira vez em 1958, em uma publicação científica da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nº 40 – *Resumen de los Informes Cuadrienesales sobre las Condiciones Sanitarias en Américas* (Vidal, 1984).

A partir da década de 70, as discussões sobre a educação do trabalhador da saúde tornam-se mais significativas e passam a ser estimuladas pela OPAS com intuito de promover o desenvolvimento de pesquisas sobre a formação em serviço e as necessidades de aperfeiçoamento do trabalhador da saúde (LOPES et al., 2007). Como premissas dessa condução, a OPAS também procurou estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, por considerar que essas duas são inseparáveis, cujo grande eixo motivador é o trabalhador, seu trabalho, sua contribuição para a saúde da população e a EP como instrumento essencial para o seu desenvolvimento (QUINTANA et al., 1984).

O conceito de EP para a área da saúde, estruturado pela OPAS nesse período, foi pautado pela necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que o setor iria ter que enfrentar devido às transformações oriundas do capitalismo e que se deram no momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofria adequações devido ao agravamento da miséria e da insatisfação social (FIOCRUZ, 2006).

A partir de 1984, a área de recursos humanos em saúde passa a ser salientada como uma importante ferramenta para se enfrentar a diminuição dos custos do Estado, e neste mesmo período, a OPAS começa a discutir uma nova proposta de reorientação do pessoal da saúde e, para tanto, convoca grupos de trabalho de diversos países da América Latina com intuito de propor uma nova visão sobre o processo de desenvolvimento dos recursos humanos (DAVINI et al., 1990).

Lopes et al. (2007) salientam que as novas formas de abordar os problemas de saúde, com vistas à capacitação profissional, a partir da EP, difundiram-se pela América Latina, estimulando a realização de discussões e produção de inúmeros trabalhos inclusive no Brasil, de maneira que o conceito de EP está relacionado a produção de conhecimento a partir da identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados.

Ainda no Brasil, o processo de EP, discutido inicialmente como Educação Continuada (EC), ficou em evidência durante as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que começaram a debater a importância de práticas de formação e aperfeiçoamento profissional para implementação do sistema. A EC, diferentemente da EP, pode ser compreendida como:

Processo sequencial e acumulativo de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2009a, p.22).

Ao tomar as Conferências Nacionais de Saúde e as de Recursos Humanos como marcos de definição política para o setor da saúde no Brasil, Ribeiro e Motta (1996), destacam que foi durante a VI Conferência (1977), que a EC é claramente abordada, referindo-se à necessidade de acoplar e desenvolver novos conhecimentos na formação inicial da carreira de sanitarista .

Posteriormente, na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, discutiu-se que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria ser regido pelos princípios relacionados com a “política de recursos humanos de capacitação e reciclagem permanentes e formação dos profissionais de saúde integrados ao Sistema de Saúde” (LOPES et al., 2007, p.150).

De acordo com o relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ocorrida também, em 1986, os principais temas abordados foram a necessidade de articulação entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam o pessoal de saúde; a necessidade de participação de representantes da classe trabalhadora organizada em discussões sobre a formação de recursos humanos; a inadequação da formação de mão-de-obra em saúde em relação às necessidades de saúde da população brasileira e às necessidades dos serviços; e proposição do processo de educação continuada em serviço (BRASIL, 1986).

Em meio a essas reflexões iniciais e existindo a necessidade de realizar eventos específicos que discorressem de maneira ampla sobre o tema, foi realizada, em 1993, a II Conferência de Recursos Humanos, que propôs dentre outras, a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e

municipais de saúde e criação e sistematização de programas de EC de forma descentralizada e institucional (RIBEIRO e MOTTA, 1996).

Contudo, a EC foi caracterizada pelo estabelecimento de uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, cujas principais críticas permeavam suas bases pedagógicas, o conhecimento verticalizado, o favorecimento de profissões hegemônicas e o paradoxo existente entre a prática e a teoria. Nesse âmbito, a EP vai, paulatinamente, constituindo-se em contraposição ao modelo anterior na tentativa de enfrentar as demandas do modelo de saúde e a pressão popular pelo acesso digno a saúde (FIOCRUZ, 2006).

Quintana et al. (1994) já esclareciam em seus relatos, que a EPS tem como foco a melhoria da qualidade do serviço prestado à população, caracterizando-se como um importante instrumento de transformação do trabalho e do trabalhador, tanto em nível individual quanto coletivo. Portanto, se distingue da proposta da EC.

Assim, Lopes et al. (2007) acrescentam que a EPS, além de considerar a atualização técnica, tem como objetivo principal a transformação das práticas das equipes de saúde, utilizando-se da problematização do trabalho, para direcionar o aprendizado de todos os envolvidos.

Em 2000, com a realização da XI Conferência Nacional de Saúde, na tentativa de reafirmar a EPS, os participantes ressaltaram a necessidade dos governos federal, estadual e municipal assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS (LOPES et al., 2007).

Assim, após diversas discussões sobre o assunto, o Ministério da Saúde (MS) definiu como uma de suas metas a aplicação de metodologias educacionais voltadas para a qualificação dos profissionais do SUS e passou a desempenhar um papel ativo na reorientação das práticas e dos serviços, cuja proposta da EPS foi adotada e reconhecida como uma importante estratégia de reorganização do processo de trabalho e desenvolvimento para o sistema (Brasil, 2004a), apoiando-se na compreensão de que esta educação deve ser vista e entendida como

ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas

profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009a, p.: 22).

A linguagem da EPS, apresentada sob a vigência dominante dos Recursos Humanos em Saúde (RH-SUS), é relatada por Ceccim (2008) como um conceito proposto pelo SUS para marcar o encontro da educação com a saúde, ligação entre ensino, trabalho e cidadania. Destacando ainda que, como proposta de política pública e participativa do SUS, ela não pode ser compreendida na ausência dessas duas incursões.

A EPS pressupõe a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, que realiza o encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho. Nessa perspectiva o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao serviço. Propõe ainda, que os processos de qualificação dos profissionais surjam das necessidades e especificidades de saúde apresentadas pela população, gestão e controle social para que haja melhoria significativa do modelo de atenção praticado (BRASIL, 2004a).

É possível perceber que a EP, em seu desenvolvimento histórico no setor da educação, apresentou controvérsias e consensos, passando pela educação de jovens e adultos, educação continuada até a atualização profissional em prol do trabalho.

No campo da saúde, difundida pela OPAS, a EP foi apresentada com um conceito ampliado e voltado especificamente aos profissionais deste setor, sendo denominada desde então como EPS. Contudo, suas ideias e concepções permanecem com referências de um modelo voltado para qualificação do trabalhador em prol do mercado de trabalho, que neste caso passou a ser o SUS e seus usuários.

Assim, a EPS, atrelada às políticas públicas de saúde brasileiras, pode ser interpretada como uma estratégia que visa propiciar aos profissionais o desenvolvimento constante de seu aprendizado, na tentativa de resolução dos problemas relacionados à educação na saúde, incluindo nesse processo a qualificação e formação de trabalhadores da gestão ou da assistência, na tentativa

de sanar o descompasso existente entre a formação técnica dos trabalhadores e as necessidades de saúde dos usuários.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL.

A construção da PNEPS, a partir de 2003, coincide com um importante contexto político vivido pelo país, no qual a gestão federal da saúde, entre 1985 a 2002, é substituída por sujeitos, que chegam ao MS, possibilitando a predominância de modos de atuação com maior alcance popular. (CAVALCANTI, 2010).

Segundo Cavalcanti (2010), após três derrotas eleitorais, Lula e o Partido dos Trabalhadores (PT) chegam ao governo federal com uma nova perspectiva de relacionamento entre governo e movimentos sociais, “contexto em que surge a alternativa simplista de esperar dessa gestão todas as soluções para os problemas existentes no Brasil” (CAVALCANTI, 2010, p. 44).

Em 2003, com Humberto Costa como ministro, o MS inicia a gestão da saúde e estabelece diversas mudanças na organização das secretarias ministeriais, bem como na criação de novos departamentos que possibilitaram a instituição, no mesmo ano, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Tal secretaria ficou responsável pela formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil (BRASIL, 2004a).

Assim, a SGTES foi organizada em dois departamentos que concentravam sua agenda de trabalho em duas principais vertentes: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), responsável por promover e formular políticas relativas à educação técnica, educação superior e educação popular, articulando as relações existentes entre educação e trabalho, mudança na formação e produção do conhecimento (BRASIL, 2004a); e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS), responsável por estabelecer políticas relativas à gestão, ao planejamento e à regulação do trabalho em saúde (BRASIL, 2009a).

Estruturado a partir da contribuição de diferentes atores, o DEGES foi organizado por meio de três coordenações gerais divididas em: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, com atuação na educação superior das graduações de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, com a educação profissional dos

trabalhadores da saúde como eixo principal; e Ações Populares de Educação na Saúde, com o propósito da formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, por meio da educação em saúde (BRASIL, 2004a).

A formação desse departamento contribuiu para a elaboração de diversas ações educativas para o processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos, ao longo dos últimos anos. Tais ações apresentaram-se importantes para a estruturação da política atual e puderam ser verificadas a partir de vários programas, incluindo o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) (HADDAD et al., 2008).

Assim, em meio à criação da SEGETS e seus departamentos, outros processos de discussão foram configurados no cenário nacional, surgindo então a proposta do quadrilátero de formação da área da saúde, que se estruturou com base na articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

Esse quadrilátero, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), revelava a necessidade de se articular ações estratégicas capazes de transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, e para tanto, implicava em um trabalho que envolvesse o sistema de saúde e as instituições de educação, destacando ainda que

por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Segundo Cavalcanti (2010), antes da implantação da PNEPS a maior parte das atividades educativas eram elaboradas no âmbito central dos governos, de modo que partiam do MS ou de ofertas prontas das instituições formadoras, cuja

estruturação e elaboração ocorriam de maneira isolada em cada secretaria ou departamento, existindo pouca articulação entre elas.

Essas ações nacionais no campo de educação aconteciam através da abertura de editais por parte do MS, aos quais as instituições de ensino concorriam para receber os recursos e executar a ação ou ainda através de convênio direto do MS com instituições formadoras. Esta última via é também conhecida como “balcão”, em alusão a um balcão de negócios. As universidades ou outros órgãos formadores (escolas técnicas, núcleos de educação das secretarias, etc.) submetiam projetos ao MS que podia ou não aprová-los. De uma forma ou de outra essas ações eram oferecidas geralmente na forma de cursos, com vagas pré-determinadas para cada um dos estados da federação. Cabia então às secretarias estaduais de saúde determinar quantas vagas seriam oferecidas pra cada município, processo que costumava ocorrer independentemente da efetiva necessidade dos mesmos. Muitas vezes esses cursos eram oferecidos por determinada instituição com tradição num certo campo de conhecimento, com a mesma forma e conteúdo para os diversos lugares do Brasil (Cavalcanti, 2010, p. 61-62).

Dessa maneira, partindo do contexto descrito e considerando a instauração de discussões no MS referente à insuficiência dos processos formativos e dos conflitos entre educação e serviço, diversos atores que participavam das ações anteriormente realizadas foram convidados a se reunirem com o MS a propósito de apresentar o andamento das ações e analisar possíveis mudanças (CAVALCANTI, 2010).

Assim, a PNEPS foi formulada pelo DEGES e instituída em 13 de fevereiro de 2004, por meio da Portaria nº 198 GM/MS, que almejava contribuir para a readequação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, bem como para a organização dos serviços, sendo capaz de promover um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Essa política visava uma estreita relação entre a formação e o processo de trabalho em saúde, a partir do uso de novas metodologias de ensino/aprendizagem, sobretudo a problematização. Esperava-se que essa estratégia de transformação do ensino e de gestão do sistema, fosse capaz de mudar o processo de atenção à saúde e de formulação de políticas para o setor (BRASIL, 2004b), tornando-se um dos pilares para a construção de práticas inovadoras na gestão democrática do SUS, pautada na configuração de ações de saúde capazes de aproximar esse sistema aos reais objetivos de uma atenção integral e de qualidade para todos os brasileiros (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, para produzir mudanças de práticas de gestão, de atenção e controle social, o processo de problematização das práticas e das concepções vigentes foi realizado através do diálogo e das discussões sistemáticas, não no abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, a fim de construir novos pactos de organização do sistema, de convivência e de práticas que aproximasse o SUS dos princípios da reforma sanitária (BRASIL, 2005b).

Com o advento dessa política, o MS optou por trabalhar a EPS com uma estrutura que permitisse expansão dos espaços locais de discussão entre os trabalhadores, de forma que propiciasse a reorganização e formulação de novas práticas em saúde pautadas nos princípios do SUS e nos interesses e necessidades dos usuários (BRASIL, 2004a).

O modelo de gestão dessa política, em âmbito nacional, se consolidou de forma distinta das outras políticas de saúde e desenvolveu-se através da criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) ou Pólos de Educação Permanente, reconhecidos como instâncias locais de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço (BRASIL, 2004a).

Tais instâncias previam a participação de instituições de ensino dos cursos na área da saúde, gestores, escolas técnicas, núcleos de saúde coletiva, trabalhadores, estudantes, conselhos, movimentos sociais, hospitais de ensino e serviços de saúde, cuja função centrava-se na elaboração de projetos de transformação da educação técnica à superior; aprimoramento da qualificação de profissionais e gestores de saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a).

Além disso, as atividades dos PEPS visavam à ampliação da proposta de EPS das equipes de saúde da atenção básica, das equipes de urgência e emergência, de atenção domiciliar e de atenção ao parto, cujas ações eram estabelecidas de acordo com as prioridades definidas pelo SUS, em suas instâncias de deliberação (BRASIL, 2003).

Segundo Cavalcanti (2010) um importante artifício presente na proposta dos Pólos foi a tentativa de usar a pactuação e a formação de consenso como condicionante

para a validade das decisões tomadas nos PEPS. Essa iniciativa procurou atuar sobre a “acomodação histórica das desigualdades de recursos de poder entre os atores, criando, assim, um horizonte de saída da lógica política tradicional de aniquilação e exclusão do outro, pois a pactuação era algo necessário” (CAVALCANTI, 2010, p. 67).

Uma das primeiras estratégias realizadas para o fortalecimento desses pólos foi o desenvolvimento do curso de Formação Pedagógica de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Esse curso, que teve como objetivo a divulgação e a formação de profissionais na concepção da EPS, nasceu da necessidade de desenvolver capacidade pedagógica descentralizada para o setor da saúde e de ampliar os processos de implementação da EPS no país (Brasil, 2005a).

Tal curso, fundamentado nos princípios básicos do construtivismo, “que reconhece o indivíduo como agente ativo do seu próprio conhecimento” (Brasil, 2005a, p.17), foi oferecido aos representantes dos 96 pólos existentes em 2004, dos quais congregavam mais de 1000 entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde (BRASIL, 2005a).

Esse processo de formação tinha uma estrutura dinâmica, na qual o indivíduo construía seu próprio percurso de estudo a partir de suas motivações, vivências, necessidades e contextos profissionais. Desse modo, o curso se desenvolveu por meio de quatro unidades de aprendizagem, das quais três foram trabalhadas na modalidade de Educação à Distância e uma, através de dois encontros presenciais e a distância. A carga horária total do curso foi de 190 horas, distribuídas em cinco meses de estudo (Brasil, 2005a).

Em 2007, a PNEPS, alinhando-se às diretrizes do Pacto pela Saúde, sofreu alterações com a publicação da portaria nº 1.996 do GM/MS. Tal portaria propôs a regionalização e descentralização da EPS, considerando em sua elaboração a proposta pactuada pelo MS para a Política de Educação e Desenvolvimento para SUS em 2003; os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS e as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, entre outros (BRASIL, 2007).

A implantação dessa nova portaria trouxe mudanças na nomenclatura dos PEPS, os quais passaram a ser denominados de Comissão Permanente de Integração de

Ensino-Serviço (CIES) (MOREIRA, 2010); ofereceu base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde nas diferentes esferas de gestão; estabeleceu que a PNEPS deveria ser conduzida regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) em parceria com as CIES; definiu a composição e as atribuições das CIES; e os critérios de alocação de recursos financeiros, no qual foi estabelecido o financiamento federal regular e automático para a educação na saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse fundo a fundo (BRASIL, 2007). Desta forma, após pactuações locais e estruturação dos planos de EPS, os estados e municípios poderiam pleitear financiamentos para seus projetos regionais.

Contudo, PNEPS é uma prática recente em nosso país e tem apresentado dificuldades significativas quanto a sua gestão, o que configura um problema para a sua concretização nos municípios e para a mudança do modelo de formação dos trabalhadores do SUS. Em função disso, discutir e debater a estruturação dessa política em um cenário municipal, mediante concepções apresentadas por gestores de saúde, nos permitiu conhecer como essa política alcança o cotidiano dos serviços e sua realidade locorregional.

Desse modo, temos como premissa que as ideias e pensamentos dos gestores influenciam no modo como essa estratégia é organizada e implementada, pois são muitas as contradições encontradas entre as concepções, as ações propostas pela PNEPS e as ações praticadas pelos atores envolvidos. Com isso, é reforçada a importância de reconhecer esses entendimentos e a produção das práticas que se dão a partir deles. Nesse sentido, esta pesquisa vem justamente contribuir com esse entendimento, na medida em que se propôs analisar as concepções de EPS apresentadas pelos gestores e que influenciam as ações que se inserem neste campo.

4. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NOS ÚLTIMOS ANOS.

Desde sua implantação, a PNEPS tem se mostrado contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS, apresentando mecanismos estruturais de aprimoramento, após definições estabelecidas pelo DEGES, SGTES e MS.

Com a produção dessa política a partir de 2004, as transformações ocorridas na lógica da formação para a saúde se fortaleceram, permitindo constatar que para se ter serviços mais efetivos é preciso que haja aproximação entre os atores sociais envolvidos e construção coletiva das diretrizes para a formação dos profissionais da saúde (LOPES et. al., 2007).

As universidades públicas, fundações, institutos de pesquisa e agências de cultura têm experimentado arranjos organizacionais que corroboram com uma nova configuração institucional para o SUS, passando a apostar na profissionalização da gestão, em carreiras públicas dignas para os trabalhadores da saúde e em oportunidades pedagógicas que potencializem de maneira concreta a formação e a EPS nos serviços (PAIM, 2008).

Essa nova postura, adotada pelas instituições e serviços, na busca de uma oportunidade pedagógica mais ampliada ao contexto social e do trabalho, mostra ser um grande desafio institucional, pois tenta estabelecer mecanismos educacionais que proporcionem aprendizagem significativa, com reflexão crítica, estreitando as relações entre academia e realidade, assim como as relações entre profissionais e a comunidade, promovendo então uma abordagem crítica nos espaços de serviço com intuito de estabelecer mudanças nas práticas profissionais hegemônicas.

Carvalho e Ceccim (2009) abordam essa hegemonia de práticas ao discutirem sobre os atributos da saúde coletiva no Brasil, considerando que esta tem como característica a proposição de novos modos de pensar a formação em saúde e a EPS, de modo que possibilite as áreas das ciências da saúde uma visão ampliada do campo a fim de contribuir para a aquisição de saberes e práticas que sobreponham ao paradigma dominante e contribuam para a construção de novos projetos para ressingularização da clínica.

Para Peduzzi et al. (2009), a educação no trabalho insere-se em um contexto em que há possibilidade tanto de reprodução da tecnicidade e da normatividade do trabalho, bem como da oportunidade de recomposição desses processos, de modo que os profissionais da saúde consigam responder de forma mais adequada às necessidades de saúde da população, com vista a garantir direitos e melhores práticas no serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS.

Contudo, desenvolver ações de recomposição desses processos e sistematizá-las junto à população, é um importante desafio para o cotidiano dos trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino. E nesse contexto, Carvalho e Ceccim (2009) ressaltam que é imprescindível que o profissional saiba avaliar sua atuação e estabelecer críticas em relação a ela, atento à necessidade de democratizar a participação e o acesso da sociedade aos direitos à educação e à saúde.

Dessa forma, entendemos que os processos de formação e qualificação profissional devem ir além do “aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver, deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde” (CARVALHO e CECIM, 2009, p.8). É tornar o cotidiano um lugar aberto à revisão contínua e gerar o desconforto nos locais onde há a produção de saúde biologicista, fragmentada, e com foco nas inúmeras doenças. É permitir assim, o ressoar da produção da subjetividade nos serviços e a abertura destes à problematização e a produção de algo novo que favoreça as coletividades e permita os avanços das políticas de saúde voltadas para a proposta de fortalecimento da EPS.

Neste sentido, conforme exposto por Peixoto-Pinto et al. (2010), toda prática de saúde sofre mutação a partir de seus atores e, como consequência dessa, modifica o *modus operandi* dos trabalhadores da saúde fazendo com que as proposta de ações voltadas para EPS ocupem lugar central na redefinição das práticas.

Os mecanismos que permitiram verificar a situação da PNEPS no país e identificar sua configuração nos diferentes estados brasileiros deram-se por meio de diversas pesquisas realizadas sobre os pólos e os inúmeros sujeitos envolvidos nesse processo de implementação da EPS.

Os estudos em torno das experiências dos PEPS, de uma maneira geral, apresentaram resultados satisfatórios (FARIA, 2008; VIANA et al., 2008). As conclusões apresentadas por Viana et al. (2008) e Faria (2008) destacaram que os pólos conseguiram ampliar a participação dos atores no processo de tomada de decisões e oferecer ações de qualificação profissional. No entanto, observaram inúmeras dificuldades para a concretização dos projetos e alocação de recursos junto ao governo federal.

Segundo Nicoletto et al. (2009), a atuação dos PEPS do Norte do Paraná, se deu de uma maneira positiva, ressaltando que os sujeitos, ao participarem dos pólos/rodas evidenciaram conflitos e alguns desconfortos que permitiram compreender estes espaços além de mera fonte de captação de recursos para financiamento de projetos, adquirindo a percepção da EPS como um processo relacionado à mudança de prática, possível a partir da problematização do processo de trabalho. Houve também, segundo Nicoletto et al. (2009), o reconhecimento da capacidade da EPS em promover a articulação de gestores, formadores e trabalhadores de saúde com sujeitos envolvidos em movimentos sociais, que ao trazer para os PEPS suas vivências, tornaram possível a construção coletiva do conhecimento.

A formação de facilitadores de EPS em Londrina, no Paraná, foi permeada por conflitos devido à greve dos profissionais da saúde. Segundo Mendonça et al. (2010), diversos participantes do pólo estabeleceram críticas ao processo de seleção desses facilitadores, ao tempo de duração e término do curso, dificuldades quanto à aplicação da metodologia de aprendizagem e aos aspectos operacionais. Contudo, a sistematização do conhecimento sobre EPS e a oportunidade de refletir sobre as práticas de trabalho foram avaliadas de maneira satisfatória pelos participantes.

No entanto, sabemos que a implantação de uma política e suas diretrizes, não são suficientes para torná-la executável e efetiva. Faz-se necessário esclarecimentos e capacitações aos gestores, a fim de que a condução desta possa se dar nas múltiplas cidades do país, sem que o desejo de construção de um SUS para todos seja suprimido pela burocracia e falta de articulação entre as esferas políticas, ou que o desconhecimento da legislação e a falta de profissionais qualificados sejam atenuantes para a ausência de envolvimento político e de uma gestão competente.

Percebemos que as dificuldades e limitações para a consolidação dessa estratégia em nível nacional, estadual e municipal são inúmeras, e os documentos de avaliação e os relatos de experiência divulgados atualmente, demonstram e exemplificam essa realidade. Assim, para contextualizarmos o atual momento da PNEPS nos Estados brasileiros, partiremos do estudo encomendado pelo DEGES, em 2009, conhecido como Recursos Humanos e Regionalização da Saúde, programa de monitoramento e avaliação da implementação da PNEPS. Essa pesquisa, feita sob responsabilidade da Universidade de São Paulo (USP), tem resultados disponibilizados por meio de um relatório publicado por essa instituição de ensino superior, em 2010 (USP, 2010).

Neste relatório, os principais componentes avaliados durante a pesquisa referiram-se aos pilares da regionalização da política, contemplando assim investigações sobre o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Estadual (PE) e Planos Regionais de Educação Permanente (PREP), o processo de implantação dos CGRs e das CIES (USP, 2010).

As informações contidas nesse relatório foram coletadas em oficina de trabalho, realizada nos dias 19 e 20 de junho de 2009, em São Paulo, cujos sujeitos eram coordenadores das CIES estaduais ou representantes da secretaria estadual de saúde, nos casos em que não havia CIES (USP, 2010).

Os resultados apresentados por este relatório destacaram como principais dificuldades para implementação da política nesses últimos anos, problemas de caráter licitatório, como burocracia excessiva para contratação de instituições de ensino e professores; impossibilidade de contratação de serviços sem licitação, gerando a perda de prazos; dificuldades para execução dos recursos orçamentários na esfera estadual, devido à falta de profissionais preparados para concretização dos serviços; instituições formadoras que apresentavam limitações quanto à execução da EPS e da aprendizagem significativa por possuírem apenas capacitações com currículos pré-estabelecidos e que não atendiam a demanda dos serviços; e muitos recusaram receber os recursos por não estarem totalmente esclarecidos sobre a forma de prestação de contas e gestão da política (USP, 2010).

Quanto aos critérios para distribuição dos recursos para o custeio das ações de EPS, o relatório demonstrou que estes permeiam a lógica de incentivo à adesão de

programas nacionais de saúde e a distribuição financeira de acordo com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) ou menor concentração de equipamentos de ensino. De forma que, o número de profissionais de saúde e a população estimada de cada Estado, também são levados em consideração para a definição da porcentagem destinada pela União para as referidas ações de EPS (USP, 2010).

Além de questões relacionadas ao financiamento da EPS, a proposta política da EPS se depara com outro importante desafio, o de estabelecer mecanismos de desenvolvimento de uma consciência ético-política nos atores implicados, de forma que tal proposta estratégica seja fortalecida e cada vez mais difundida nos espaços de produção e discussão coletiva.

Verificou-se que a institucionalização da PNEPS possui uma alta correlação positiva com os níveis de regionalização. Contudo, destacaram a necessidade de adequar os planos de institucionalização da política, a fim de que as tensões e desafios presentes sejam superados ou amenizados. E para tanto, a urgência do diálogo entre MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) é recomendada, a fim de fornecer elementos que proporcionem um melhor entendimento, por parte dos gestores, CGRs e CIES, referente à gestão da educação na saúde (USP, 2010).

Segundo o relatório, o estágio de implementação da PNEPS nos Estados apresentou-se diversificado e demonstrou estágios de regionalização fortalecidos em algumas regiões e situações incipientes em outras. Quanto à institucionalidade, a PNEPS apresentou-se baixa nos Estados do Amapá (AP), Amazonas (AM), Pará (PA), Roraima (RR) e Rio de Janeiro (RJ); média nos Estados do Acre (AC), Maranhão (MA), Alagoas (AL), Distrito Federal (DF), Espírito Santo (ES), Mato Grosso (MT), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Rio Grande do Norte (RN), Rondônia (RO), Tocantins (TO) e Mato Grosso do Sul (MS); e alta na Bahia (BA), Minas Gerais (MG), Rio Grande do Sul (RS), São Paulo (SP), Santa Catarina (SC), Paraná (PR) e Ceará (CE) (USP, 2010).

Após essa avaliação nacional da política de EPS, diversas considerações foram feitas e sugeriram que a relação entre o CONASS e o CONASEMS deve ser mantida e aprofundada; que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) sejam responsáveis

pela coordenação da EPS nos Estados; que o MS realize eventos que promovam e divulguem os princípios da EPS e as boas iniciativas nessa área, bem como a elaboração de norma técnica sobre os aspectos jurídicos e de prestação de contas; que ocorra a promoção regular de troca de informações entre MS e as SES sobre o andamento da execução de recursos e do planejamento das ações; que o MS trate com o MEC sobre a introdução, nas suas avaliações sobre as Instituições de Ensino, de um quesito que identifique o compromisso dessas instituições com a EPS; que o DEGES, conjuntamente com CONASS e CONASEMS, tenham atenção com a configuração da CIES Estadual, de forma que esta apóie a CIB na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente e das diretrizes para os planos regionais; que haja maior clareza sobre o papel da CIES e sua integração com o CGR; e que os PE e PREPS incluam, entre suas ações, a qualificação dos responsáveis pela condução da PNEPS nos estados e municípios (USP, 2010).

No que tange ao desenvolvimento da PNEPS no estado do ES, foi identificada a presença de uma CIES até então, sem alinhamento notável, mas com CGRs já alinhados com outras regiões de saúde. A pesquisa identificou, ainda, que o repasse de recursos financeiros se dava por meio de transferência ao fundo estadual de saúde, existindo registros de recursos não utilizados pelo Estado até aquele período (USP, 2010).

Além de questões relacionadas ao financiamento, verificou-se que a proposta política da EPS no ES se deparava com outro importante desafio, que era estabelecer mecanismos de desenvolvimento de uma consciência ético-política nos atores implicados, de forma que tal proposta estratégica fosse fortalecida e cada vez mais difundida nos espaços de produção e discussão coletiva (USP, 2010).

Observou-se também, que a EPS não ocupava lugar de destaque na pauta das reuniões do CGRs do estado, e na maior parte, não estavam articulados para executarem os projetos de EPS estabelecidos, salientando ainda, que a diferença nos níveis de participação entre os municípios variava de acordo com a existência de equipe técnica qualificada, para tal e em municípios de maior porte (USP, 2010).

A pesquisa realizada por Peixoto-Pinto et al. (2010) na cidade de Vitória, capital do estado do ES, identificou que no período de 2005 a 2008 ocorreu um grande esforço para o desenvolvimento da qualificação dos trabalhadores da saúde, com a formação de aproximadamente 150 facilitadores e estímulo à criação das rodas de EPS, reconhecidas como espaços coletivos de discussão permanente entre gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino, com intuito de proporcionar a transformação das práticas de saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe e a construção de uma gestão participativa.

Peixoto- Pinto et al. (2010) também visualizaram passos importantes na direção da gestão compartilhada, proposta pela EPS nesse município, e embora as lógicas instituídas ainda predominem e reproduzam relações hierárquicas, as várias concepções apresentadas pelos sujeitos foram significativas para disputar espaço e produzir efeitos, especialmente na mudança da forma como os profissionais compreendem o processo educativo e a sua interação com o cotidiano de trabalho.

A implementação da PNEPS também foi verificada no interior do estado, ressaltando nesta pesquisa, a recente experiência do município de Baixo Guandu, que instituiu, em 2010, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) com intuito de otimizar essa estratégia no município, criar espaços de discussão sobre as práticas de trabalho entre os profissionais e promover ações que fortalecessem a gestão do trabalho e da educação na saúde nos serviços locais (QUINTELA e BENITO, 2011).

Quintela e Benito (2011) ressaltam que as ações do NEPS tiveram início após algumas discussões realizadas com a gestão e os trabalhadores envolvidos, no qual foi estabelecido que um processo de sensibilização sobre a PNEPS deveria ser realizado na secretaria municipal de saúde, de forma que contemplasse a maioria dos atores envolvidos.

Esse processo de implementação teve como ponto de partida a realização do I Fórum de EPS, que organizado pela comissão do NEPS, teve o intuito de discutir com os profissionais e gestores da referida secretaria, assuntos que envolviam a gestão do trabalho e a educação na saúde (QUINTELA e BENITO, 2011).

Dessa forma, foi solicitado aos participantes, que relacionassem as temáticas estabelecidas durante o fórum com a realidade experimentada por eles em seu

cotidiano de trabalho. E assim, ao final das atividades de discussão e reflexão, eles tiveram a oportunidade de expor ao público presente suas principais opiniões a respeito do assunto, das quais foram registradas pela equipe do NEPS para posterior análise e planejamento de ações (QUINTELA e BENITO, 2011).

Diante do exposto, entende-se que é relevante conhecer a opinião dos gestores a respeito da EPS e sua proposta, pois acreditamos que suas ideias, concepções e pensamentos a respeito deste assunto, interferem diretamente na gestão e estruturação dessa política.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

- Analisar as concepções sobre EPS difundidas por gestores da secretaria de saúde do município de Baixo Guandu/ES.

5.2. Objetivos Específicos

- Conhecer as concepções desses profissionais quanto à EPS;
- Verificar se as concepções apresentadas pelos gestores correspondem aos princípios da PNEPS.

6. MÉTODO

6.1. Desenho do estudo

Realizamos um estudo de natureza qualitativa, que segundo Minayo (2004) é caracterizado por permitir ao pesquisador analisar e descrever mais detalhadamente os dados coletados, além de torna-se possível incorporar questões de significado e intencionalidade, como sendo inerentes aos atos produzidos, às relações existentes e às estruturas sociais.

Dalbello-Araujo (2008) relata que na abordagem qualitativa, o pesquisador, ao ocupar um lugar de implicação, institui ou ajuda a instituir outros sentidos, permitindo assim, que o entendimento perpassasse por uma construção coletiva que acontece permanentemente entre pesquisador e profissional.

Essa postura de implicação do pesquisador, ainda segundo Dalbello-Araujo (2008), não caracteriza ausência de rigor na pesquisa e em seus resultados, pois o pesquisador deve atentar-se para que suas próprias convicções e modos de ver o mundo não se sobreponham ao inusitado daquilo que viu ou ouviu durante suas pesquisas.

Desse modo, a pesquisa qualitativa considera o processo e seu significado como os focos principais da abordagem, no qual o ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave, pois a interpretação das informações envolve a compreensão de fenômenos e a atribuição de significados por parte desse (SILVA e MENEZES, 2001).

Assim, a metodologia em questão, por apresentar diversas possibilidades, nos permite apreender o contexto e os significados de uma maneira mais ampla e profunda, apresentando-se adequada para atender às necessidades da pesquisa realizada.

6.2. Cenário

A pesquisa foi realizada entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da cidade Baixo Guandu, localizada na macrorregião central do Estado do Espírito

Santo. Este município, de 917.070 km² de extensão, apresenta atualmente, segundo os dados do IBGE, 29.081 habitantes (IBGE, 2013).

Os serviços de saúde municipal estão organizados com dez equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), duas Unidades de Saúde Rural, um centro de Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP), um Departamento de Saúde, uma Unidade da Casa da Mulher, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma unidade de Vigilância em Saúde e uma Farmácia Cidadã (CNES, 2013).

Em 2010, o gestor da saúde local, diante da ausência de uma política institucional e permanente de qualificação dos trabalhadores que atuavam nesses serviços de saúde municipal, instituiu o NEPS com o propósito de estruturar um sistema local de EPS orientado pelas diretrizes da PNEPS e pelo Pacto pela Saúde/06 (QUINTELA e BENITO, 2011).

A implantação deste núcleo teve início como consequência de várias discussões realizadas entre a gestão municipal da saúde e os diversos profissionais que vislumbravam sua criação. E, nesse sentido, havendo avanços nos debates entre os atores envolvidos, uma comissão de EPS, composta por gestores municipais da SMS em questão, foi nomeada e tornou-se responsável por organizar a EPS local e responder aos desafios iniciais desta implantação (QUINTELA e BENITO, 2011).

Assim, considerando os atores envolvidos neste processo de discussão, sensibilização e tentativa de implantação, a pesquisa contou com a participação de nove gestores que ocupavam cargos de coordenação nos principais segmentos da SMS.

Cabe ressaltar que os participantes foram escolhidos de maneira intencional, por considerarmos o papel que estes ocupavam na secretaria municipal e por entendermos que a construção da EPS no município estava relacionada com suas práticas, ideais e concepções.

Destacamos ainda que um dos critérios de seleção utilizados estava vinculado à atuação como gestor durante o período de implementação da política de EP no município, desenvolvida entre o intervalo de tempo de dezembro de 2010 a

dezembro de 2011. Dessa forma, para participar da pesquisa, o gestor deveria desempenhar atividades relacionadas a essa função há mais de dois anos.

6.3. Procedimento de produção de dados.

A técnica escolhida para a coleta dos dados foi a entrevista individual com roteiro semiestruturado, que, segundo Minayo (2004), é uma técnica que possibilita a captação dos dados subjetivos junto aos entrevistados por meio de uma conversa a dois com propósitos bem definidos.

As entrevistas propostas por este estudo foram compostas por um roteiro de oito perguntas que abordaram questões ligadas à concepção da EPS pelos gestores e o envolvimento deles com atividades relacionadas a essa estratégia.

O início da pesquisa de campo se deu com a abordagem do gestor em seu ambiente de trabalho, momento em que foi explicado o objetivo da pesquisa e o interesse em entrevistá-lo. Em seguida, após a concordância em participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado e a entrevista foi iniciada com base no roteiro previamente estabelecido.

É necessário relatar que, devido às eleições municipais ocorridas em outubro de 2012, a pesquisa de campo teve que ser antecipada, pois os segmentos da SMS estavam passando por mudanças de gestão e muitas coordenações estavam sem gestores, o que fez com que a coleta de dados fosse realizada entre os dias 10 e 20 de dezembro.

Assim, diante da situação encontrada em campo, foram realizadas 12 entrevistas individuais, das quais três foram descartadas por não atender aos critérios da pesquisa e nove foram utilizadas pelo estudo.

Por fim, esclarecemos que a pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo.

6.4. Análise e interpretação dos resultados

O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo do tipo análise temática, apresentando como referencial Bardin (1994). Segundo essa autora, análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (BARDIN, 1994, p. 38).

A análise do conteúdo, como referenciado por Bardin (1994), trabalha com um conjunto de técnicas. E nessa pesquisa, optamos por utilizar a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência pode significar algo para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1994).

Para compreender este tipo de abordagem analisadora é importante nos familiarizarmos com o significado de tema, que neste estudo “refere-se à unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo os critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1994, p.105). Portanto, preocupa-se em descobrir os núcleos do sentido e não a frequência com que as formas aparecem no texto.

Assim, iniciamos a análise dos dados dessa pesquisa com a organização das informações coletadas durante as entrevistas. Tais informações, após terem sido gravadas em áudio e digitadas, foram apreciadas de acordo com as fases da análise de conteúdo, respeitando-se a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Essa análise considerou, também, que a construção do “corpus da pesquisa deve seguir as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência” (BARDIN, 1994, p. 96, 97,98).

Dessa maneira, após descrever e analisar os conteúdos contidos nas entrevistas, a análise concentrou-se na discussão e reflexão das três categorias temáticas encontradas.

Para a interpretação final, buscou-se aprofundar nos conteúdos, de forma que fosse possível identificar as falas que aproximavam ou distanciavam do pensamento

científico, a fim de estabelecer comparações com o conhecimento existente sobre a EPS e sua proposta política por meio da interpretação controlada.

7. RESULTADOS

7.1. Concepções sobre Educação Permanente em Saúde

As concepções sobre EPS, relatadas pelos gestores envolvidos no estudo, apresentaram-se distribuídas em três ideias principais e distintas entre si, de modo que foi possível perceber o sentido atribuído à EPS que permeia o cenário de estudo e interfere no processo de implantação instituído em 2010 pelo NEPS.

Nesse sentido, passaremos então, a descrever os resultados encontrados, tomando como ponto de partida a concepção que se fez presente na maioria das falas dos sujeitos e que liga a ideia de EPS a atualizações constantes.

Por meio da entrevista, foi possível identificar que vários participantes da pesquisa denotam uma noção de EPS atrelada aos fundamentos da EC e muitas vezes, associam a palavra permanente com a ideia de continuidade no tempo, relatando que:

“EPS é uma ação contínua de aprendizado, de troca de experiências entre os profissionais; marcadas por atualizações constantes dentro do ambiente de trabalho” (Gestor E).

Segundo Motta (2001), a ideia de que os processos educacionais são contínuos ou permanentes é tão antiga quanto à própria história do homem. No entanto, somente no início do século XX é que formalmente programas de EC foram organizados, emergindo o reconhecimento da necessidade de se instituírem esses tipos de ações. Contudo, as dificuldades de se implantar ou implementar programas, que de fato, respondam as necessidades de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho, tornavam-se cada vez mais evidentes.

Para Motta (2001), parte dessas dificuldades deve ser analisada a partir de diferentes naturezas, cuja consideração envolverá mecanismos conceituais, que destacam a necessidade de compreensão das ideias e possíveis distinções entre os termos EC e EPS; mecanismos metodológicos, que versam sobre a importância de estabelecer diálogos entre os processos de trabalho em saúde com intuito de disseminar a informação sobre os problemas do trabalho e suas possibilidades de enfrentamento; e por fim, os mecanismos contextuais, no qual referem-se à

necessidade de entendermos os atuais contextos em que se configura à organização do trabalho, assim como o papel das novas competência profissionais.

Freire (2001) salienta que a educação é permanente não porque uma posição política ou ideológica a exijam. Ela é permanente na razão da finitude do ser humano e de sua consciência em relação a essa finitude, incorporando à sua natureza “não apenas saber que vivia, mas saber que sabia, e assim, saber que podia saber mais” (FREIRE, 2001, p.12). A educação e a formação permanente se fundam aí.

Essa noção de aprendizado contínuo verificado nas falas dos sujeitos, é descrito por Salum e Prado (2000), como um pensamento que envolve a EC, cujo entendimento baseia-se em um conjunto de práticas educativas contínuas, voltadas ao desenvolvimento de potencialidades, com intuito de promover transformações de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de estabelecer mudanças nos modos de produção das práticas.

As teorias conceituais, que se relacionam com a EPS e que foram apresentadas nos capítulos anteriores, nos permitem compreender que as concepções reverberadas pela maioria dos participantes do estudo são diferentes das estabelecidas pela PNEPS e baseiam-se mais uma vez na ideia de educação por toda vida e EC.

“EPS é aquela que nunca termina, que tem sempre continuidade” (Gestor A).

A ideia de educação como “aquela que nunca termina” estruturou-se fortemente com o passar do tempo e foi utilizada como uma relevante ferramenta de formação em serviço, com capacidade de formar mão de obra para suprir um mercado que estava em crescente expansão e que necessitava da formação de profissionais em curto prazo (FIOCRUZ, 2006). Essa EC ressaltava a importância do aprimoramento profissional em prol do mercado de trabalho com o intuito de atualizar-se cada vez mais, por meio de cursos específicos e pontuais.

Para Motta (2001) a EC, ao destacar o treinamento como forma de ajuste dos profissionais às suas práticas no serviço, fez com que esta educação configurasse

em atualizações estanques e dirigidas a cada categoria profissional isoladamente, sem contemplar a diversidade do trabalho em saúde e as necessidades no SUS.

“EPS é capacitação da equipe como um todo através da promoção de cursos em um período curto de tempo” (Gestor F).

Farah (2003) destacou que os serviços, ao proporem os treinamentos e as capacitações, buscam o aprimoramento das técnicas com intuito de propiciar aumento da produtividade ou a adequação dos profissionais ao programas verticais oriundos das esferas federais, estaduais ou municipais.

Ainda segundo Farah (2003), as metodologias verificadas nestes treinamentos produzem conhecimentos de maneira que pouco contribui para as mudanças desejadas no serviço, pois não proporcionam aos envolvidos qualificação técnica adequada e nem formação de cidadãos. Nesse sentido, a inversão do modelo hegemônico fica cada vez mais distante à medida que os treinamentos e capacitações não geram compromissos com os princípios do SUS e não suprem às necessidades de assistência à saúde da população.

E nesse contexto outros gestores apresentam que:

“(...) na verdade eu entendo a EPS como você está sempre se atualizando, capacitando os profissionais (...)” (Gestor D).

Nessa fala é possível confirmar que os gestores realmente entendem a EPS como capacitação e atualização, cuja atividade tem o intuito de aprimorar os conhecimentos específicos, de maneira que busca em uma leitura geral dos problemas, identificar temas e conteúdos a serem desenvolvidos com os profissionais por meio de cursos pontuais, fragmentados e desarticulados da rede de atenção, do controle social e da gestão.

E assim, ao entenderem capacitação e atualização como atividades educativas, esperam que os componentes dessas se tornem parte essencial da estratégia de mudança institucional. Contudo, neste tipo de ação, poucas vezes identificamos uma estratégia ampla e sustentável que dê lugar a conquista progressiva e sistemática desses propósitos.

Viana et al. (2008), ressaltou em sua pesquisa que este tipo de educação, centrada em áreas profissionais específicas e técnicas pontuais, chegou ao atual contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São Paulo sem conseguir garantir a compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho das equipes, identificando também poucos processos educativos voltados a estes trabalhadores.

Nesse sentido, é necessário compreendermos que nem toda ação de capacitação desenvolvidas nos serviços de saúde implica em um processo de EPS e embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho profissional, nem sempre conseguiram promover mudanças. Dessa forma, salientamos que a EPS pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, mas não o inverso, pois necessitam estar atreladas à estratégia geral de mudança institucional (DAVINI, 2009).

Segundo Davini (2009), na maior parte dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos com intuito de atualizar novos enfoques, informações, ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Básica (AB). E ressalta, que em qualquer das situações, o desenho da capacitação pressupõe pessoas sentadas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real da prática de trabalho, para receber informações de especialistas, que posteriormente deveram ser aplicadas no cotidiano do serviço.

O pensamento de que o enfrentamento dos problemas na prática profissional em saúde se faz através da atualização de conhecimento, por categorias profissionais, ressalta mais uma vez que as concepções de EPS ditas pelos gestores estão diretamente envolvidas com a ideia de EC. E isso nos permite identificar que a maioria dos entrevistados entende a EPS como EC, desconhecendo assim, os princípios e a proposta da PNEPS.

“Então, eu sei que tem aquela diferenciação entre EPS e EC, mas não me lembro” (Gestor D).

A pesquisa realizada por Farah (2006), ainda que não tivesse como foco, o entendimento da equipe de saúde relativo à concepção de EPS, descreveu a inexistência de um consenso entre os profissionais do que significa EPS, salientando

ainda que “o próprio MS que elabora cartilhas orientadoras da Saúde da Família, às vezes, utiliza termos como educação continuada e permanente como sinônimos” (FARAH, 2006, p. 184).

Esse desconhecimento sobre o conceito de EPS e sua proposta política também esteve presente nos estudos de Pereira (2008), no qual 60% dos participantes não souberam relatar as principais distinções presentes entre os processos educativos existentes na saúde. Ainda segundo Pereira (2008), esse desconhecimento foi atribuído à semântica das palavras, o que fez com que os participantes definissem EC como uma estratégia contínua de capacitações, treinamentos, qualificações e atualizações, enquanto que EPS é uma estratégia que garante a continuidade do processo de desenvolvimento profissional.

Pereira (2008) destacou também que para a maioria dos entrevistados a EC englobava atividades de ensino com finalidades mais restritas de atualização e aquisição de novos conhecimentos, mediante cursos com duração definida e metodologias tradicionais, entendendo que a EPS assume o mesmo significado, contemplando ainda, a realização sistemática de atualização em serviço.

A dificuldade em estabelecer distinções conceituais sobre as diferentes estruturas educativas presentes na saúde, pôde ser verificada também por Peduzzi (2009), que pesquisou as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São Paulo (SP) com intuito de analisar as práticas de atividades educativas segundo as concepções de EPS e EC.

Nesse estudo, Peduzzi (2009) observou que há convivência das concepções de EPS e EC nas atividades educativas dos profissionais da UBS na região estudada, das quais ambas foram consideradas relevantes para o aprimoramento e qualificação dos trabalhadores na atenção primária à saúde, por apresentarem complementaridade. De modo que a EPS, caracterizada pela problematização das práticas, com a participação dos trabalhadores para atender às demandas de saúde das pessoas, pode ser articulada à EC, que prioriza os princípios técnico-científicos das áreas profissionais específicas para promover o desenvolvimento dos serviços.

Em relação à essa convivência entre diferentes modos de educação, Ceccim (2005) já ressaltava que a EPS pode corresponder à EC, “quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço

em tempo e lugar específicos” (Ceccim, 2005, p.162). Contudo, não devem ser confundidas, pois apresentam estruturas teórico - metodológicas distintas.

Essa dificuldade em estabelecer distinções conceituais foi percebida de maneira clara em nossa pesquisa, pois a maioria dos participantes não conseguiu apresentar uma concepção de EPS próxima ao que é estabelecido pela PNEPS, mesmo quando alguns lembravam que havia diferenças entre as propostas educativas.

“A EPS é diferente da EC e mesma coisa eu sei que não é, mas te falar a diferença, eu não saberia (Gestor F).”

Desse modo, para que a EPS seja realmente compreendida, é necessário emergir das necessidades do trabalho, da sociedade, dos profissionais, que juntos, por meio de espaços coletivos, podem discutir a organização dos serviços de saúde, a melhoria das práticas profissionais e o aprimoramento do processo de trabalho em saúde, no qual dará continuidade a reforma sanitária e conseqüentemente ao fortalecimento do SUS que queremos.

De acordo com Ceccim (2005), a PNEPS estabelece que para a EPS ocupar lugar ativo nos indivíduos, é necessário abandonar o sujeito que somos para sermos produção de subjetividade que a todo tempo busca abrir fronteiras de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, atuar nos padrões de deslocamento de subjetividade hegemônica, tornando-nos atores ativos das cenas de formação e trabalho, colocando-nos em permanente produção, pois “o permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais” (CECCIM, 2005, p. 167).

Nesse sentido, temos a EPS como um conceito pedagógico no setor da saúde, com potencial para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil, 2009b).

Partindo desse contexto, um dos gestores entrevistados apresentou entendimento sobre EPS que corroborou com os princípios da PNEPS e com a literatura descrita por esta pesquisa. Para esse gestor, a EPS é

“Você trabalhar com os funcionários, abordando temas que são relevantes para a profissão, discutindo sobre suas dificuldades e entraves, assim como questões para a organização do serviço e melhoria do processo de trabalho” (Gestor B).

A concepção apresentada pelo sujeito aproxima-se dos fundamentos discutidos pela PNEPS e salientados por nós neste estudo, ao compreender que a EPS vai além das práticas de atividades educativas contínuas, de atualizações fragmentadas e capacitações verticalizadas. Dessa maneira o processo de formação e desenvolvimento dos serviços deve ser realizado de forma ampla, na qual as propostas de EPS não se construam isoladamente, sem articulação ou problematização dos distintos seguimentos da saúde.

Para tanto, a produção da EPS necessita do estabelecimento de interlocução entre as instituições de saúde e de educação, e da capacidade dessas em propiciar a descentralização das ações por toda a rede de serviços. Pois é mediante essa descentralização da gestão dos processos de formação, que os municípios e regiões se tornarão mais autônomos e conseguirão suprir as necessidades locais de qualificação profissional (LOPES et al., 2007).

Assim compreendemos que a reflexão das práticas produzidas no cotidiano do trabalho em saúde necessita ser exercitada pelos profissionais nos distintos espaços de produção de suas atividades, cujos eixos de discussão deverão estar pautados na reorganização do serviço, na melhoria da atuação profissional, no suprimento das necessidades individuais e coletivas da população, bem como do aprimoramento do SUS e de suas políticas.

Uma pesquisa realizada por Paschoal, Mantovani e Méier (2007) demonstrou que os enfermeiros, participantes do estudo, diferenciaram os termos EPS e EC, construindo conceitos próprios e ressaltando a relevância da diferenciação desses conceitos para definir o tipo de ação a ser preconizada diante da necessidade educativa apresentada.

Silva (2007) relata que a EPS, como estratégia de mudança, constitui-se em uma importante alternativa de transformação dos espaços de trabalho, pois em razão de cogitar formas diferenciadas de ensinar e aprender, propõe a transcendência do tecnicismo e das capacitações pontuais, incentivando assim, a participação ativa dos atores para a renovação das posturas e práticas profissionais.

Por fim, como última concepção identificada, temos dois entrevistados que relacionaram a EPS com a ideia de Educação em Saúde, carreando em suas falas o pensamento de que a EPS é

“Prevenir e cuidar quando se está doente” (Gestor H);

“É você está constantemente planejando e orientando as pessoas para que elas tenham informação” (Gestor I).

A concepção de EPS associada à noção de Educação em Saúde não foi discutida anteriormente e diante disso, é importante esclarecermos que esse tipo de educação é entendida como um processo pedagógico de construção de conhecimentos em saúde com intuito da apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Ela também pode ser entendida como um conjunto de práticas que possibilita a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais a fim de alcançar uma atenção de saúde mais próxima de suas necessidades (BRASIL, 2009a).

Para Dalbello-Araujo et al. (2012) o objetivo da Educação em Saúde não é somente o de informar para a saúde, mas sim de estabelecer diálogo com os saberes e conteúdos existentes. Nessa perspectiva, ressaltam que as tecnologias educativas visam desenvolver a autonomia e responsabilidade dos sujeitos em relação ao cuidado com a saúde, a partir da compreensão da condição de vida.

Portanto, verifica-se que essas tecnologias não estão pautadas na imposição de um saber técnico, mas sim na construção de um saber sobre o processo de saúde-doença-cuidado que possibilite ao sujeito decidir os meios mais adequados para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde (DALBELLO-ARAUJO et al., 2012).

Assim, ressaltamos que em nenhum dos estudos pesquisados verificou-se confusão semelhante e por isso, temos que ter em mente as distinções conceituais que envolvem a EPS e a educação em saúde, compreendendo que elas não são sinônimas e, portanto, não pode ser atribuído a elas, o mesmo sentido.

7.2. Ações de Educação Permanente em Saúde realizadas em Baixo Guandu.

Para promovermos a discussão das propostas de EPS desenvolvidas pelo município de Baixo Guandu, procuramos inquerir sobre as ações realizadas com o propósito de EPS nessa região.

A partir da análise dos dados, observamos que três dos entrevistados, quando questionados sobre as atividades de EPS já produzidas em seu âmbito de gestão, relataram não terem realizado ações referentes a essa política.

“Eu não desenvolvi nenhuma ação de EPS durante minha coordenação” (Gestor A);

“Não promovi nenhuma atividade de EPS, uma coisa que não tem aqui é o aprimoramento dos profissionais” (Gestor C);

“No meu setor, não realizei ou organizei nada de EPS, o que tem aqui são apenas reuniões, não tem coisa que é para aprender” (Gestor H).

A ausência de atividades de EPS incentivadas pelos gestores torna-se um dado preocupante, na medida em que, se houve um processo de implementação da política no cenário local, como este vem se estruturando sem a realização dessas atividades?

É de conhecimento que a condução da EPS não é algo fácil de ser realizada pelos municípios. Contudo, muitos sujeitos possuem dificuldades de reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho, e desperdiçam assim, as oportunidades educativas que se inserem no cotidiano das organizações e dos serviços de saúde.

Segundo Ceccim (2005), a EPS é uma ação pedagógica que, ao tomar como foco o cotidiano do trabalho, possibilita a construção de processos de autoanálise, no qual diferentes atores, ao serem colocados em roda, conseguem assumir papéis proativos na condução dos sistemas locais de saúde.

No entanto, essa prática educativa necessita ser realmente incentivada pelos gestores, por meio da abertura de diálogo e reflexões sobre o assunto, afim de que os profissionais que atuam em municípios com características interioranas, como Baixo Guandu, tenham a oportunidade de conhecer, em sua totalidade, a proposta estratégica da EPS, e, assim, não permaneçam sem a possibilidade de participar de

suas ações e dos benefícios que ela possa proporcionar a todos os sujeitos e serviços de saúde envolvidos.

Como citado anteriormente, três gestores informaram que não haviam produzido, até aquele momento, atividades de EPS voltadas aos profissionais ou equipes de trabalho. No entanto, outros sujeitos manifestaram que diversas propostas educativas foram desenvolvidas.

“Promovo muitas ações de capacitação. É feita uma capacitação por ano, se for colocar em quantidade. E essa capacitação é só para agentes comunitários de saúde” (Gestor F).

O discurso acima descreve que a proposta de desenvolvimento e qualificação profissional praticada no interior dos serviços de saúde do município de estudo, ainda está atrelada a capacitação, com determinação de tempo e novamente voltada a grupos específicos. E como já discutido, esse tipo de metodologia educativa verticalizada, centrada na figura do professor e na transmissão de conhecimentos pontuais, que buscam sanar problemas específicos do trabalho, há anos vem demonstrando sua ineficiência. E mesmo reconhecendo as limitações desse processo de qualificação, muitos municípios, com frequência, ainda o praticam.

As dificuldades de se introduzir propostas alternativas de melhoria dos serviços a partir de discussões com os profissionais tornam o trabalho fonte de reprodução de práticas isoladas e mecânicas, que na maior parte das vezes não está ajustada à realidade locorregional. E o que percebemos é que o receio de tornar o serviço um espaço democrático de análise crítica e opinião coletiva, seja pela insegurança política ou de saberes, impossibilita o avanço da implementação da EPS neste cenário, dificultando a reorganização do sistema de saúde e a efetiva participação dos atores.

Davini (2009) destaca que embora as ações de capacitação tenham o intuito de contribuir com o desenvolvimento do profissional em prol do trabalho, elas não conseguem produzir as transformações adequadas para a estruturação de uma política de EPS e tão pouco o seu fortalecimento em cenários pouco sensibilizados.

As condições que influenciam estes processos de aprimoramento e determinam seus limites e possibilidades estão associadas à tentativa de simplificar o problema

da educação de pessoal a uma mera questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem conhecer seus enfoques e o contexto político institucional de realização; a um instrumento educativo que tem em seus processos a única finalidade de alcançar objetivos pontuais e não mudanças institucionais; a noção do imediatismo, que acredita que os grandes feitos são construídos a curto prazo; e a falhas diagnósticas, que visualizam na capacitação, a solução de problemas que estão vinculados a outros fatores (Davini, 2009).

“Eu já realizei com minha equipe muitas ações de EPS e fazemos essas capacitações mediante a necessidade das metas não atingidas e também, por não alcançar os indicadores” (Gestor G).

Nesse sentido, a educação no trabalho é produzida em um cenário de conflitos que envolve, paralelamente, práticas hegemônicas de atividades educativas para os profissionais da saúde e possibilidades de realização de novas discussões para o crescimento do indivíduo e de sua prática de trabalho. E o que temos observado até aqui, é que a prática hegemônica da EC permanece ocupando relevantes espaços dentro das ações de desenvolvimento de recursos humanos estabelecidas pelos gestores da secretaria de saúde do município de Baixo Guandu.

“(...) eu apliquei diversas capacitações para agentes comunitários de saúde e na área de saúde do trabalhador. Aqui nós trabalhamos muito multidisciplinar, pois a equipe é multidisciplinar. Procuramos trabalhar conceitos do trabalho em equipe para que a nossa atuação tenha maior eficiência” (Gestor B).

Mesmo diante da ideia central da capacitação como agente qualificador do sujeito, o relato acima introduz um pensamento ainda não apresentado por outros entrevistados. Ele traz a noção da promoção da capacitação voltada ao trabalho em equipe e a discussão conjunta sobre os conceitos que envolvem o processo de trabalho, e de forma que ao refletirem coletivamente sobre o assunto, poderão atuar de maneira mais resolutiva.

“(...) desenvolvi uma capacitação com a minha equipe mais para a organização do serviço, elaboramos um protocolo de atendimento médico e definimos quais seriam as prioridades do setor” (Gestor A).

A utilização de processos de qualificação, tendo em vista a organização do serviço e a consequente adaptação do profissional, sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública. E assim, podemos entender que no momento em que

esta oferta educativa desenvolve o conhecimento profissional e organiza o serviço, ela auxilia na melhora da atuação prática, contudo, acreditamos que se essa proposta educativa não estiver associada à mudança crítica, participativa com o objetivo de unirmos cidadãos e serviços tecnicamente competentes, se tornará incompleta e permanecerá sem atender as necessidades de todos os envolvidos.

Quintela e Benito (2010) apresentaram em seu estudo que o processo de implementação da EPS em Baixo Guandu teve início com a criação NEPS, e como estratégia inicial de sensibilização dos profissionais e gestores, optou-se por realizar no município, o I Fórum de EPS.

A respeito deste assunto, os gestores, quando questionados sobre as atividades de EPS promovidas por eles, relataram que:

“Atuando no NEPS, eu participei da organização do fórum, que teve como objetivo realizar um levantamento sobre as necessidades de EPS no município” (Gestor A).

“Eu ajudei a organizar o fórum de EPS, planejamos muito para organizá-lo e discutir a política de EPS com os trabalhadores” (Gestor E).

Perante as falas é possível identificar que uma discussão sobre o tema foi iniciada e que se buscou através do fórum de EPS realizar um debate com os trabalhadores na tentativa de ouvi-los e ao mesmo tempo refletir sobre a PNEPS e sua inserção no município.

Todavia, para alguns entrevistados, o fórum foi considerado um tipo de EPS oferecido não somente aos trabalhadores, mas a eles próprios, e ao serem indagados, sobre as ações das quais tiveram a oportunidade de participar, fizeram as seguintes colocações:

“Então, eu participei do fórum de EPS, apenas isso. O resto foi capacitação” (Gestor A);

“Não recebi pelo município nenhuma capacitação, mas teve o fórum de EPS” (Gestor B);

“Eu participei do fórum de EPS” (Gestor H).

Segundo Quintela e Benito (2010), mesmo não se apresentando como uma ação de EPS, o fórum possibilitou o encontro entre diversos profissionais e representantes da gestão da secretaria, que juntos tiveram a oportunidade de pensar, mesmo que por

poucas horas, sobre as necessidades de mudanças do processo de trabalho em saúde presentes no cotidiano de seus serviços (Quintela e Benito, 2010).

Por fim, alguns participantes relataram que participaram de algumas atividades de EPS propostas pela Secretaria Estadual de Saúde do ES (SESA) e desenvolvidas no município.

“Eu participei da pós-graduação de Atenção Primária à Saúde oferecida pelo Estado” (Gestor G).

Ao final de 2009, como proposta de expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado, a SESA ofertou o curso de especialização em APS a todos os profissionais de nível superior que atuavam no SUS naquele período (SESA, 2010).

A proposta da referida especialização citada pelo entrevistado e inserida no plano de EPS do Estado, teve o intuito de focar conteúdos técnicos para desenvolver habilidades e competências nos profissionais que atuam na APS, cujos objetivos eram qualificar o profissional de acordo com sua realidade locorregional; proporcionar conhecimento e estudo de diretrizes clínicas; qualificar o profissional para possibilitar sua permanência no serviço; e qualificar os docentes do Estado (SESA, 2010).

Assim, diante das informações analisadas, é possível constatar que poucas foram as ações de EPS proporcionadas pelos gestores às equipes. De forma que o desconhecimento e até mesmo a falta de discussão sobre o assunto, parece limitar a elaboração e o planejamento das atividades por parte deles.

Outra situação que demonstrou prejudicar a organização das atividades de EPS está atrelada ao fato de que muito gestores não participaram ou se envolveram com programas pautados nessa estratégia e desse modo, por não terem contato com metodologias ativas, reproduzem modelos educativos aos quais foram submetidos.

Neste sentido, consideramos que vários fatores dificultam a atuação dos gestores nesse campo, fazendo com que as limitações existentes neste cenário ultrapassem o desconhecimento de conceitos e metodologias, já verificados e explanados, para

adentrarem nas limitações de caráter político, financeiro e institucional, das quais abordaremos a seguir.

7.3. Dificuldades e Potencialidades da Educação Permanente em Saúde produzidas em Baixo Guandu.

Nesse momento, passaremos a descrever a opinião dos entrevistados em relação ao processo de implantação da EPS no município de Baixo Guandu. Para uma melhor discussão a respeito deste assunto, agrupamos as respostas em situações favoráveis e adversas à concretização dessa estratégia no cenário local, com intuito de abordarmos de maneira singular cada informação relatada durante a produção dos dados.

Dessa maneira, iniciamos nossa reflexão a partir da análise dos fatores que foram identificados como empecilhos para a concretização dessa política em âmbito local e que segundo três dos gestores, estão relacionados à rotatividade dos profissionais.

“O principal problema da EPS aqui, é a rotatividade dos profissionais, porque agente capacita e depois eles saem do município” (Gestor B);

“O problema é a rotatividade e a falta de vínculo dos profissionais para dar continuidade a EPS” (Gestor E);

“(...) há um pouco de rotatividade e pessoas despreparadas para o cargo que exercem” (Gestor F).

Ribeiro e Motta (1996), já na década de 90, discutiam que as práticas educativas de EPS não podiam estar desvinculadas do contexto em que se configuram as políticas de recursos humanos, e ressaltaram que jornada de trabalhos reduzidas, salários incompatíveis, vínculos temporários e terceirização apresentam relação direta com a prestação de serviços pontuais e fragmentados, que minimizam os projetos pautados na integralidade e na equidade, bem como os programas de EPS, que podem ser igualmente dificultados neste contexto de fragmentação do processo de trabalho.

Uma leitura mais recente, trazida por Arias et al. (2006), esclarece que é de conhecimento do MS que um dos principais problemas que permeiam a gestão do trabalho em saúde está relacionado à falta de profissionais ou a não permanência desses nos serviços devido a salários irrisórios, condições precárias para execução

das atividades essenciais, ausência de incentivos de qualificação e especialização, bem como inexistência de infraestrutura adequada para o desenvolvimento do trabalho em saúde (ARIAS et al., 2006).

Os desafios para esse tipo de gestão são muitos e, por isso, devemos analisá-los a partir da gravidade da inoperância de alguns serviços perante as demandas sociais e as fragilidades dos paradigmas administrativos em uso nas organizações, do qual ambos requerem a aplicação de políticas direcionadas, com possibilidades de elaboração e construção de soluções gerais e específicas, que se adéquem aos limites e às potencialidades de cada município (ARIAS et al., 2006).

Nesse contexto, a EPS apresenta-se como uma proposta apropriada para restabelecer a construção desse modo de operar a gestão do trabalho no SUS, pois possibilita a articulação entre a gestão, atenção e formação, com intuito de enfrentar os problemas existentes em cada equipe ou setor de saúde, baseando-se em seu território geopolítico de atuação.

Para tanto, é necessário que os municípios incentivem a formulação e a promoção da gestão da EPS e processos relativos à mesma, dos quais deverão ser orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando também do seu financiamento (Brasil, 2009b).

Contudo, o que observamos é que os municípios não estão preparados para a condução dessa estratégia, haja vista que possuem dificuldades em relação ao desdobramento da política, necessitando de apoio das CIES e CGR, bem como de maior envolvimento dos atores presentes nos serviços para sua efetiva estruturação quanto aos processos de formação em metodologias ativas e problematizadoras.

Cabe ressaltar que, no estado ES, foi verificado que há limitações, por parte de algumas instituições formadoras, em produzir cursos com currículo integrado e pedagogia problematizadora (USP, 2010), o que torna um empecilho para a concretização dos processos de qualificação profissional baseados na proposta da EPS.

Nesse contexto, outros sujeitos apresentaram que uma das situações que contribuíram para fragilizar a implantação da EPS no cenário de estudo e que também esteve relacionada à rotatividade de profissionais e falta de profissionais qualificados, já citado anteriormente, deve-se ao encerramento das atividades da comissão de EPS municipal perante o NEPS.

“Faz falta a gente ter a equipe do núcleo para programar as ações de educação permanente. Porque não é fácil você ter que organizar as coisas e fazer tudo aquilo que foi feito e que dá trabalho (...)” (Gestor A);

“(...) um grande problema é o núcleo, que está parado há um ano. É por causa da falta de recursos humanos para dar continuidade ao programa, pois depois que a coordenadora saiu, ela não foi substituída, e assim foi indo com os outros profissionais (...)” (Gestor E);

“Precisava ter uma equipe para organizar a EPS no município, pois o núcleo acabou” (Gestor H).

Para Celeste (2004) a criação de núcleos de EPS é importante na medida em que proporciona uma ruptura na lógica predominante das ações de saúde e na gestão do cotidiano dos serviços, abrindo espaço para o fortalecimento do SUS através do aprimoramento das tecnologias e na articulação educação e serviços.

Segundo Quintela e Benito (2010), o NEPS do município de Baixo Guandu foi implantado no final de 2010 com intuito de organizar a política no cenário local. No entanto, pelas falas apresentadas, percebemos que sua atuação ocorreu durante pouco tempo, o que contribuiu para que as ações fossem interrompidas e que a SMS ficasse sem uma referência para a condução da EPS.

A presença de um NEPS, sem dúvida, colabora com o planejamento dessa estratégia em um município. No entanto, os trabalhadores precisam estar atentos às diversas ações de EPS que são produzidas no cotidiano do trabalho e em meio ao inusitado dos serviços, e que também permitem o desenvolvimento e fortalecimento de suas equipes, sem que para isso, estejam centralizadas na coordenação de um único grupo de pessoas.

Assim, entendemos que todos nós somos capazes de organizar, planejar e buscar o aprendizado de maneira ampla ao introduzirmos a gestão dos coletivos em nossos processos de trabalho, despertando o interesse dos sujeitos, gestores e comunidades na construção de estratégias mais comprometidas com os serviços, a fim de aperfeiçoá-la e torná-la viável às realidades onde se inserem.

Outros fatores apontados pelos atores, como questões limitantes desse processo de desenvolvimento e construção da estratégia em Baixo Guandu, deve-se à falta de interesse político e insuficiência de recursos para a realização das ações.

“Eu percebo que o município não tem interesse político para estar direcionando recursos para a EPS e nós, enquanto gestores, não participamos do processo de discussão do orçamento da saúde, portanto, não temos como opinar, e também não temos autonomia para decidir” (Gestor D);

“Não há interesse político da gestão atual em promover a EPS. Para eles, isso não faz política (Gestor E);

A limitação da governabilidade do gestor é algo que acarreta frustrações e desmotivação. Nesse sentido, Mendonça e Nunes (2011) destacam que a pouca governabilidade não é um problema em si; o que faz isso ser um problema real é quando seus limites são reduzidos, tirando dos profissionais aquilo que é inerente ao cargo que ocupam, e que no caso do gestor, é a sua autonomia. Assim, roubam deste profissional o que lhe era essencial para promover uma assistência à saúde de qualidade.

Verifica-se então, que a gestão da saúde é constituída por alguns campos de tensões distribuídos em diferentes territórios de disputa, de forma que inseridos dentro das organizações de saúde caracterizam espaços marcados pela luta por poder, tomada de decisões e autonomia entre os sujeitos; configuração de práticas estruturada pela disputa de interesses e capacidade de agir; e a produção de atos de saúde, marcados pela micro política do trabalho vivo em ato e pelos autogovernos dos trabalhadores da saúde (Merhy; Feuerwerker; Ceccim, 2006).

A pouca autonomia profissional relatada pelos gestores municipais, foi verificada também no cenário estadual, durante pesquisa de avaliação e monitoramento realizada pela USP. Os resultados dessa avaliação demonstraram que os superintendentes das regionais de saúde “reclamam de apoio maior do nível central, tanto no aspecto de maior autonomia como no aspecto econômico” (USP, 2010, p.121).

Nesse sentido, observa-se que a EPS, ao esbarrar em questões burocráticas que envolvem a aquisição de recursos orçamentários e dificuldades para execução dos mesmos, devido à ausência de profissionais com autonomia e preparo para a

concretização da gestão dos serviços (USP, 2010), não consegue ser implementada de maneira adequada.

Diante disso, sugere-se que o MS deve manter atualizados os dados que contém as informações sobre as ações promovidas com recursos oriundos da PNEPS, a fim de que possa ser realizado um efetivo monitoramento dessa e possíveis adequações, com sugestões compartilhadas, para a solução dos entraves encontrados nos diferentes estados do país (USP, 2010).

Dessa maneira, após os relatos das diversas dificuldades que permearam a política de EPS neste cenário, encerramos as entrevistas questionando aos sujeitos sobre a existência de alguma situação propícia à estruturação dessa estratégia em Baixo Guandu, e dos nove participantes do estudo, apenas três identificaram condições favoráveis a essa implantação.

“Um ponto positivo que eu vejo, é o interesse dos profissionais em buscar qualificação, pois eles querem melhorar” (Gestor E).

“Bem, eu vejo assim: as pessoas têm vontade de aprender e quando promovemos um curso, aula ou palestra, elas têm interesse e vontade de participar” (Gestor A).

“As equipes são interessadas em participar de todas as atividades e gostam de ações que possibilitam uma melhora na organização do seu serviço” (Gestor D).

Analisando os discursos é possível perceber que mesmo diante de todas as dificuldades existentes no município, e já discutidas por esta pesquisa, três gestores reconhecem nos trabalhadores o desejo de construir melhores práticas de trabalho a partir de estudos e informações que proporcionem uma reorganização do modo de promover saúde.

Esse interesse do profissional em buscar uma prática de trabalho ampliada, criativa e que realmente relacione-se com os princípios do SUS, talvez seja a única ferramenta da EPS que se encontra timidamente estruturada no município e que se apresenta favorável a sua construção no cenário de estudo.

8. CONCLUSÕES

A PNEPS através de seus princípios e diretriz procura contemplar modelos de aprendizagem que contribuam para um desenvolvimento profissional capaz de proporcionar mudança nas práticas e nos processos de trabalho em saúde, com vista à sua reorganização e fortalecimento. Contudo, isso se realiza em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a EPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido.

Os resultados dessa pesquisa revelam que os gestores apresentam diferentes interpretações e baixa apropriação do conceito de EPS. A maior parte dos sujeitos não reconheceu a EPS como uma prática problematizadora do trabalho com vista a sua reorganização, associando-a, muitas vezes, a uma educação atrelada a cursos pontuais, capacitações, atualizações e propostas educativas fragmentadas que visam suprir demandas programadas e indicadores pactuados pelo município.

A compreensão da EPS apresentada pelos sujeitos vai de encontro à concepção adotada pelo MS e estruturada pela PNEPS, o que permite inquerir que o processo de implementação da política iniciado em Baixo Guandu não foi suficiente para promover uma efetiva participação e envolvimento dos entrevistados.

Quanto às ações promovidas, identificamos a presença majoritária de estratégias de ensino pautadas na concepção da EC, em especial no público-alvo, cuja maioria é composta por áreas específicas em detrimento de atividades educativas destinadas às equipes de trabalho e ao conjunto dos trabalhadores do serviço.

Foi identificado que a insuficiência de recursos financeiros, para a implementação da EPS e preparo dos profissionais, configura-se em um fator de queixas e insatisfação por parte de alguns gestores, pois impossibilita o planejamento de diversas ações, bem como a organização de uma gestão qualificada para a estruturação da PNEPS no cenário de estudo.

O desinteresse político para construção de mecanismos favoráveis à estruturação da EPS, nos diversos setores que compõem a SMS, faz com que muitos gestores e profissionais não promovam atividades relacionadas ao tema, o que desencadeia a

permanência de práticas educativas pontuais e que não atendem as reais necessidades dos envolvidos.

A existência de vínculos precários, associado à rotatividade profissional e falta de recursos humanos qualificados fez com que a comissão que integrava o NEPS interrompesse seus trabalhos, de maneira que as ações iniciadas encontram-se estagnadas e o processo de implementação da EPS não conseguiu ser estruturado.

Nesse contexto, constatamos que os gestores precisam participar de programas que possuam metodologias ativas e propostas compatíveis com a EPS, a fim de que possam se apropriar do conceito e princípios desenvolvidos por essa política, com intuito de desenvolver ações que sensibilizem os atores necessários, que estimule a participação comprometida dos trabalhadores e que favoreça a real implementação da EPS no cenário local.

Assim, se faz necessário pactuações com o CGR e a CIES para que o município receba apoio técnico e possa, através de mecanismos políticos e de gestão, promover uma estruturação adequada e efetiva da EPS no município, bem como o pleiteamento de recursos financeiros estaduais e articulação com instituições formadoras para a concretização das atividades propostas.

9. REFERENCIAS

AROUCA, L. S. O discurso sobre a Educação Permanente (1960-1983). **Proposições**, Campinas, SP, v. 7, n. 2 [20], p. 65-78, jul. 1996. Disponível em: <http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/20_artigo_aroucas.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2012.

ARIAS, E. H. L; VITALINO, A.H; MACHADO, M.H; FILHO, A. W; CRUZ, L.A.M. Gestão do Trabalho no SUS. In: CAMPOS, E.F.; MACHADO, M.R.; PIERANTONI, C. R. (Orgs). **Cadernos de RH Saúde**. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. V 3, n 1, Brasília, DF, 2006, p. 119-124.

BAYLEY, A. **Utopía y educación: UNI 3 – El derecho a ser**. Montevideo: Talleres Gráficos, 1994.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal. Edições 70, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Reunião com os pólos de capacitação em saúde da família. **Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. **Diário Oficial da União**, Seção 1. Brasília, DF, 16 fev. 2004b, p. 37-41.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: orientações para o curso**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 ago. 2007, Seção 1, p. 34-38.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS. **Portal da saúde**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1>. Acesso em: 24 out. 2012.

CARVALHO Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al.(Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2009. p.1-35.

CAVALCANTI, F. O. L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da política nacional de educação permanente em saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2010. 168p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2004. p. 41- 65.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e Necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.16, 2005. p.161-177.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, jan./jun., 2008. p. 9-23.

CELESTE, T. Educação Permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. **Revista Digital de Educação Permanente em Saúde**. v.1, n. 1, set., 2004. Disponível em: <www.abem-educmed.org.br>. Acesso em: 20 abr. 2012.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/ModIndUnidade.asp?VEstado=32&VMun=320080>>. Acesso em 27/07/2013.

DAVINI, M.C. et al. **Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas**. Organización Panamericana de la salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Série Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, D.C: OPAS, 1990. 147p.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos recursos humanos de saúde. In: **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.** Série Pactos Pela saúde, v. 9, 2009.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELLAR, L. Z. (Orgs). **Psicologia Social: temas em debate.** Vitória: GM. Editora ABRAPSO/ ES, p. 109-126, 2008.

DALBELLO-ARAUJO, M. et al. Educação em saúde sob o paradigma da promoção. In: LANDIM, F.L.P.; CATRIB, A.M.F.; COLLARES, P.M.C. (Orgs.). **Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2012. p.299-313.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, jul./dez., 2003. p.123-125.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ. 2006.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006.** Tese (Doutorado em Ciência). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo: SP. 2008. 236p.

FIOCRUZ. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde – Relatório Final.** 2006. 102p.

FREIRE, P. **Política e Educação: Ensaio/Paulo Freire.** São Paulo, 5 Ed., v. 23, 2001.

FURTER, P. **O Planejador e a Educação Permanente.** Tradução Thais Cossoy Paro. Publicação do Instituto Internacional de Planejamento Educacional. Série planejamento dos fundamentos educacionais. UNESCO, 1977. p.73-99. Disponível em: < <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/390.pdf> > Acesso em: 02/07/2012.

HADDAD A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev Baiana Saúde Pública** v. 32 , supl, 1, 2008. p.98-114.

IBGE. **Censo demográfico: 2010.** Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 27/07/2013.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Revista do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina.** UDESC, v.6, n.1, 2005. p. 1-13.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun. Cien. Saúde**. v.18, n.2, 2007. p.147-55.

MENDES, D. T. **Educação de Adultos**. Conferência realizada no Conselho Estadual de Educação do Rio de Janeiro, 1976. p.1-8. Disponível em: < http://www.Durmevaltrigueiro.pro.br/Educacao_Adultos.PDF> Acesso em 13/07/ 2012.

MENDES, D. T. Um novo mundo, uma nova educação. **R. bras. Est. Pedag.**, Brasília: DF. v. 81, n. 199, set./dez., 2000.p. 501-510.

MENDONÇA F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência e saúde Coletiva**. v 15, n 5, 2010. p.2593 – 2602.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente e saúde em um município de grande porte no Estado do Paraná, Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, jul./set., 2011. p.871-82.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C.M; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, v. 2, n. 2, may./agost., 2006. p. 147-160.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MOREIRA, M. C. **Educação Permanente em Saúde: Revisão sistemática da literatura Científica**. Monografia, Especialização em práticas pedagógicas em serviços de saúde. UFRS, Porto Alegre. 2010. 42 p.

MOTTA, J. I. J. et al. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: **Olho Mágico**. v.8, n. 3 set./dez., 2001. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>> Acesso:19/08/ 2013.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n.30, jul./set., 2009. p.209-219.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA G. C; LIMA, J.C.F. (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.91-122.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n.3, set., 2007. p.478-84.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**; v.13, n.30, jul./set., 2009. p.121-34.

PEIXOTO-PINTO, E. E. et al. Desdobramento da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, mar./jun., 2010. p.77-96.

PEREIRA, W.L.N. **A Educação Continuada e Permanente como estratégia de formação e desenvolvimento do profissional Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em saúde da Família) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2008. 89p.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: HADDAD J. Q.; ROSCHKE, M. A.C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. OPAS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, DC. n. 100, 1994. p.33-61.

QUINTELA, F. C. A; BENITO, G. A. V. **Encontros e desencontros da educação permanente no município de Baixo Guandu, estado do Espírito Santo**. TCC. Especialização em Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. ENSP /FIOCRUZ. 2011. 13 p.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.12, jul., 1996. p.39-44.

SALUM, N.C.; PRADO M. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 9, n.2, pt1, 2000. p.298-311.

SESA. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**. Vitória, ES. 2010.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M.; Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3 ed. **Rev. atual**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SILVA, L. A. A. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latino-americana** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.

UNESCO. **Educação: Um tesouro a descobrir – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI**. Editora Cortez, 281p. 1998.

USP. **Recursos humanos e regionalização da saúde: Programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. VIANA, A. L. D. (Coord.). Faculdade de Medicina, USP: SP.

2010. 326p. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento020810.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2012.

VIANA, A.S.D'. (Org.); FARIA, R.M.B.; SILVA, H.P.; NAKAGAWA, T.M.; FIGUEIREDO, J.A.; PINHEIRO, M. C. Pólos de educação permanente no Estado de São Paulo. In: CE-DEC/USP. **Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP. 2008. p.97-194.

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Americas. **Educación Médica y Salud**. v.18, n.1, 1984. p.9-33.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof.(a) Dra. Maristela Dalbello-Araujo e que será realizada pela mestrande Fernanda Cristina de Abreu Quintela, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo/ UFES.

Nosso objetivo é analisar as concepções sobre educação permanente apresentadas pelos gestores, bem como suas perspectivas em relação ao desenvolvimento desta política. Para isso, o sujeito da pesquisa será submetido a uma entrevista semi-estruturada, que para sua garantia, será gravada e transcrita, a fim de que possamos registrar de forma segura e com confiabilidade, as falas proferidas. O entrevistado não terá nem um risco em participar da entrevista, considerando que sua identidade será preservada. Em contra partida, os benefícios serão de auxiliar e contribuir com o avanço da pesquisa científica em nosso país e com a estruturação dessa política em diversos cenários.

Esclarecemos ainda que, o período de realização da pesquisa será de 1 ano, com término previsto para dezembro de 2013. Neste período o participante poderá solicitar, a qualquer momento, esclarecimentos e a retirada de sua participação na pesquisa.

Assim, garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos à colaboração.

Eu _____ RG: _____,
autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas, referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura do voluntário

Assinatura do Pesquisador
Fernanda Cristina de Abreu Quintela
(nandaquin@hotmail.com.br ou 33 84196788)
(contato da orientadora: dalbello.araujo@gmail.com)

Vitória-ES, ____/____/____.

ATENÇÃO! Em caso dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES Tel: 3335 7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

APÊNDICE B

Roteiro para Entrevista

1. Há quanto tempo o senhor (a) trabalha na secretaria de saúde e qual sua formação?
2. Já participou de alguma atividade de EPS?
3. Já promoveu alguma ação de EPS?
4. No seu entender, o que é educação permanente?
5. Você acha que existe diferença entre educação permanente e educação continuada?
6. Você identifica alguma situação no município que favorável ao desenvolvimento dessa política no município?
7. Você identifica alguma situação ou fator que prejudique a implementação da EPS em Baixo Guandu?
8. O senhor (a) gostaria de fazer alguma consideração final?

ANEXOS

ANEXO 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

Baixo Guandu/ES, 30 de março de 2012

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Aprovamos e autorizamos a realização do projeto de pesquisa de mestrado da aluna Fernanda Cristina de Abreu Quintela, intitulado: ***Concepções sobre Educação Permanente em Saúde difundidas por gestores da Secretaria de Saúde do Município de Baixo Guandu***, sob a orientação da Professora Dra. Maristela Dalbello de Araújo para fins acadêmicos junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Informamos ainda que esta autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade, bem como a entrega de exemplar da dissertação para esta secretaria de saúde.

Atenciosamente,

Vinícius Dettoni Gobbo
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 2**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Concepções sobre Educação Permanente em Saúde difundidas por gestores da Secretaria de Saúde do município de Baixo Guandu/ES.

Pesquisador: FERNANDA CRISTINA DE ABREU QUINTELA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08112112.1.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 157.425

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES, campus Centro de Ciências da Saúde, coordenado pela profa.Dra. Maristela Dalbello de Araújo, da aluna Fernanda Cristina de Abreu Quintela. Será investigada a concepção sobre educação permanente apresentada por gestores da secretaria de saúde do município de Baixo Guandu/ES a fim de verificar se a mesma corresponde aos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Participarão da pesquisa 19 indivíduos que responderão a um questionário com perguntas relacionadas à PNEPS.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo analisar as concepções sobre educação permanente apresentadas por gestores da secretaria de saúde do município de Baixo Guandu/ES e verificar se as mesmas correspondem aos princípios da PNEPS.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: contribuição para a otimização dessa estratégia, fortalecendo a proposta política da educação permanente nos municípios e auxílio na sua construção em outros cenários semelhantes.

Riscos: não haverá risco considerando o sigilo da identidade dos entrevistados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

proposta do projeto de pesquisa é de grande relevância para a Saúde Coletiva, já que pretende avaliar o entendimento de gestores de saúde sobre o seu papel na educação permanente dos servidores assistidos/geridos por ele e que impacto isso pode causar na qualidade da assistência à população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas adequações foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os membros do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde após deliberação aprovaram o parecer do relator.

VITORIA, 28 de Novembro de 2012

Assinador por:

Adauto Emmerich Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br